Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR:

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MEDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME VINGT-UNIÈME.

MAI 1834.

Bruxelles,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'USAGE DES LAVEMENS FROIDS EN THÉRAPEUTIQUE.

Par le docteur Casimir Broussais,

Médecin ordinaire, professeur adjoint à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Le froid n'est certainement pas un nouvel agent thérapeutique; de tout temps les médecins ont eu recours à son influence, et cependant on n'en tire pas, ce me semble, tout le parti possible; j'ajouterai que, par compensation, certains médecins en abusent indubitablement.

Le froid est l'ennemi de l'homme, de l'homme faible surtout, et c'est à son influence et à son alternative avec la chaleur que sont dues la plupart des maladies qui accablent l'humanité; employé intempestivement ou sans précautions suffisantes, il pourrait donc agir au détriment du malade. Il agit en diminuant l'action dans les parties qu'il atteint; de là l'indication de son emploi sur les organes dont l'action est augmentée, c'est-à-dire qui sont en proie à une irritation, à une phlegmasie. Mais à cette action dépressive, anéantissante du froid, la nature, la loi de l'organisme oppose une réaction, soit dans la partie même débilitée par le froid, si elle est douée d'assez d'énergie pour lutter corps à corps avec son ennemi, soit ailleurs, si la puissance réfrigérante est la plus forte. Cette réaction de l'organisme n'a de limites que celles de la vie; c'est quelquefois plus qu'un réveil de la vitalité, plus que de la tonicité, plus qu'une excitation, plus qu'une irritation, c'est quelquefois enfin une véritable inflammation. De là la nécessité de poser aux indications que nous établissions tout à l'heure des restrictions basées sur la connaissance du siége et de l'intensité du mal, et surtout de la dose de réaction dont est doué chaque sujet que l'on a à traiter. Ici, il faudrait tenir compte des influences extérieures, des climats spécialement et des saisons. Mais nous n'avons point la prétention de composer un traité complet de l'emploi du froid en médecine, nous avons pour but seulement de faire connaître les ressources que le médecin peut tirer de l'usage des lavemens froids; laissons donc de côté, pour cette fois du moins, tout ce qui regarde l'emploi du froid soit extérieurement en bains, en affusions et en topiques, soit intérieurement par l'estomac à l'état solide ou liquide, pour ne nous occuper que des injections froides par le rectum.

Action des lavemens froids chez l'homme sain.

Les lavemens froids chez l'homme sain occasionnent, au moment de leur introduction, un sentiment de froid dans tout l'abdomen, mais particulièrement suivant le trajet du colon, sentiment accompagné d'un malaise passager, quelquefois de coliques et d'un petit frisson qui parcourt le dos et les membres. En même temps, il semble qu'un mouvement péristaltique a lieu, et qu'il aboutit au rectum; mais le sphincter de cet intestin se resserre à l'instant même et quelquefois douloureusement. Bientôt un état de bien-être et de douce chaleur succède à ces premières sensations.

Tels sont à peu près les effets d'un lavement froid chez l'homme sain, à la température de 12 à 15 degrés Réaumur; mais on conçoit parfaitement que de l'eau à 10°, à 6°, à 4°, à 2°, déterminerait des effets encore plus marqués. Que messieurs les physiciens ne viennent point ici nous objecter que l'eau froide aussitôt qu'elle est introduite dans l'intérieur du corps, se mettant immédiatement en harmonie avec la température animale, ne saurait avoir d'influence profonde; l'observation, l'expérience sont en ma faveur, et elles prononcent que cet équilibre met un certain temps à s'établir, et que pendant ce temps, la chaleur baisse; ainsi un liquide froid désaltère mieux votre estomac qu'une boisson chaude.

Action des lavemens froids chez l'homme malade.

Cette action varie suivant la maladie que l'on a à combat-

tre. Voyons donc quels sont les cas où ces lavemens sont indiqués et peuvent être utiles.

L'idée des lavemens froids n'est pas neuve ; j'ignore jusqu'où on peut la faire remonter ; mais on sait qu'Eudème, médecin méthodiste du temps de Tibère, prescrivait les lavemens froids dans la passion iliaque. J'ai vu ce moyen conseillé dans Synesius, auteur grec du XIIe siècle, traducteur d'un ouvrage arabe du XIe siècle, qu'il ne faut pas confondre avec l'écrivain ecclésiastique Synesius du Ve siècle. Il est probable que si l'on faisait des recherches historiques sur ce point de thérapeutique, on verrait que ce moyen a été employé par beaucoup d'autres médecins anciens. Cependant, un fait incontestable, c'est que les lavemens froids ne sont pas généralement usités de nos jours.

Quant à moi, je ne les connaissais guère que de nom (1), lorsque je fus témoin, dans le service de mon père, au Val-de-Grâce, des bons résultats des lavemens d'oxycrat froid dans quelques cas de gastro-entérite typhoïde. Ils étaient ordonnés dans le double but de combattre l'inflammation par le froid et la disposition à la putridité par l'acide.

Je n'eus cependant pas dès-lors l'idée d'étendre cette application et d'employer l'eau froide seulement. Ayant été plus tard chargé moi-même (1831) d'un service médical, je cherchai aussi à combattre directement les phlegmasies gastro-intestinales violentes, non-seulement par les évacuations sanguines et les émolliens, mais aussi par les quarts de lavement d'oxycrat froid ; puis, je m'aperçus que le vinaigre qui y entrait était quelquefois une cause d'irritation ; j'y substituai le chlorure d'oxide de sodium. Ce médicament me parut aussi avoir quelquefois le même inconvénient que le vinaigre ; je le supprimai aussi, et je fis donner de petits lavemens d'eau froide pure. Il fut évident pour moi que ces derniers étaient souvent utiles dans ces phlegmasies gastro-intestinales ; je ne songeais pas à les appliquer à d'autres cas, lorsqu'il se présenta à mon observation un anévrisme de l'aorte ventrale. L'idée me vint de modérer la violence des battemens artériels par le froid, non-seulement extérieur, mais intérieur, et j'y réussis. Une autre fois, prenant le service d'un autre médecin, j'eus à combattre une fièvre quotidienne rebelle qui avait persisté malgré l'emploi des antiphlogistiques et du sulfate de quinine, mais dont les accès ne revenaient plus qu'en chaud ; je pensai aux lavemens froids ; j'en fis administrer, et la fièvre céda promptement. Depuis ce temps, j'ai appliqué ce moyen thérapeutique avec succès à plusieurs autres cas ; je vais chercher à en déterminer les règles d'application.

Règle générale, il faut qu'il y ait une forte calorification pour que les lavemens froids soient utiles.

Ils ne doivent presque jamais être donnés entiers, mais par tiers ou par quart seulement, c'est-à-dire à la dose de dix et même seulement de quatre onces.

Voyons maintenant les maladies dans lesquelles ils sont indiqués.

(1) Au moment de livrer ceci à l'impression, j'apprends que l'expérience étendue de M. le docteur Treille vient en confirmation de la mienne, et sanctionne mes résultats dans beaucoup de cas analogues, spécialement dans les gastro-entérites, les constipations opiniâtres, les rétentions d'urine, les congestions et inflammations cérébrales.

Gastro-entérites aiguës. — Tous les médecins physiologistes (1) savent quelle chaleur des parois abdominales développent ces phlegmasies ; cette chaleur est tellement forte qu'elle paraît âcre au toucher, qu'elle semble brûler la main : elle est beaucoup plus marquée que celle de toutes les autres parties du corps ; elle se propage aux hypocondres où elle est encore très-prononcée, et, dans les momens de paroxysme, elle peut se généraliser à presque toute la périphérie du corps ; mais aussitôt que ces accès diminuent, c'est au foyer central qu'elle persévère avec intensité ; comme pour appeler l'attention du médecin et réclamer des moyens rafraîchissans. Alors aussi, il existe une soif très-vive, une grande masse de liquides est absorbée et la constipation est opiniâtre. C'est alors surtout que les lavemens froids sont efficaces, c'est alors qu'en diminuant ce feu interne, ils font baisser la fièvre, surmontent la constipation et amènent un grand soulagement. Ce sont ces gastro-entérites qui conduisent à l'état typhoïde, adynamique, putride, quand elles ne sont pas combattues par un traitement énergique. Ce sont les évacuations sanguines générales et surtout locales qui en arrêtent les progrès ; mais on peut associer, avec avantage, à ces moyens, les injections d'eau froide dans le gros intestin ; et quand le temps des antiphlogistiques est passé, ces dernières restent encore comme puissantes ressources. On en administre 3, 4, 5, 6 par jour par quarts de lavement. C'est dans ces cas que j'ai reconnu pour la première fois la puissance des lavemens froids, et je me loue toujours de leur emploi depuis plus de trois ans que j'y ai habituellement recours. Il est peut-être des cas où il pourrait être avantageux d'y ajouter un peu de vinaigre ou de chlorure d'oxide de sodium, mais cette médication mérite d'être traitée à part ; aujourd'hui je ne m'occupe que des lavemens d'eau pure.

Irritations gastriques. — L'irritation ne s'élève pas toujours dans le canal digestif au degré dont nous venons de parler ; elle est quelquefois légère ; mais elle ne mérite pas moins d'être combattue, d'abord parce qu'elle constitue un état maladif, secondement parce qu'elle peut à tout instant, sous l'influence de mille causes diverses, passer à l'acuité la plus vive et se changer en phlegmasie des plus violentes. Il est donc important de la combattre. Quant au choix des moyens, il repose sur la forme de la maladie ; nous retrouvons en effet ici l'embarras gastrique, l'embarras intestinal, la fièvre inflammatoire légère des nosographes ; c'est surtout contre cette dernière forme que les lavemens froids sont efficaces, ils remplaceront souvent avec succès les évacuations sanguines, et en seconderont les bons effets dans les cas où ces dernières seraient indiquées. J'ai enlevé une infinité d'*irritations gastriques* ou *gastro-intestinales* (2)

(1) Je dis *physiologistes* avec intention, car il est des médecins physiciens qui, forts d'expériences physiques, sans doute trompeuses (*experientia*, ou mieux *experimentum fallax*), nient le fait que j'affirme ici d'après des observations mille et mille fois répétées.

(2) C'est ainsi que je désigne dans mon service les nuances légères de l'inflammation gastro-intestinale, réservant la dénomination de gastro-entérite pour les inflammations fortes et les cas graves.

par ce moyen. Il m'a réussi également dans les cas où ces irritations se compliquaient d'accès de fièvre ; mais j'en parlerai plus tard.

Colites aiguës. — Cette phlegmasie, quand elle est très-violente, est efficacement combattue par les lavemens froids, mais au quart ou au sixième seulement, et seulement aussi dans le moment de la plus grande acuité. Ainsi c'est plutôt dans la dysenterie que dans la diarrhée qu'on aura recours à ce moyen ; il augmente le plus souvent le dévoiement dans la gastro-entérite typhoïde avec diarrhée, par conséquent il est alors généralement nuisible, et j'y ai renoncé ; d'ailleurs, dans ces cas, les lavemens froids, à peine entrés, ressortent et sont rendus à l'insu du malade.

Gastro-entéro-colites. — Pour les raisons que je viens d'exposer, je rejette les lavemens froids dans ces cas, mais non pas sans exception. Ainsi, dans une des périodes du choléra (1), dans celle où les malades sont tourmentés par une chaleur brûlante à l'intérieur et par une soif inextinguible, où la région abdominale est brûlante, où la glace à l'intérieur est demandée à grands cris par le malheureux patient, parce qu'elle lui procure un soulagement immédiat, et semble ranimer la vie prête à s'éteindre, dans cette période des petits lavemens froids sont utiles, mais à très-petites doses ; car autrement, non-seulement ils ne seraient pas gardés, mais ils ne seraient pas même reçus.

D'après ce que je sais de la fièvre jaune (2), et d'après les succès que M. le docteur Thomas a retirés de la glace à l'intérieur dans cette maladie, je pense que les lavemens froids pourraient être ici fort avantageux.

Duodénite, ictère. — La plupart des ictères sont déterminés par des duodénites (je donnerai bientôt dans une seconde édition de mon Traité de la *duodénite*, des preuves surabondantes de cette vérité, déjà vieille pour les médecins physiologistes) ; il existe alors de la constipation, et je me suis toujours bien trouvé de l'emploi des lavemens froids pour éclaircir les urines et amener le relâchement du ventre.

Hémorrhagies intestinales. — D'après ce que je viens de dire de l'emploi des lavemens froids dans la dysenterie et la fièvre jaune, on peut conclure que je les conseillerai ici ; mais à très-petites doses ; car autrement, en distendant le gros intestin, ils feraient plus de mal que de bien. Et ce n'est pas seulement dans l'hémorrhagie des gros intestins qu'ils seraient indiqués, mais aussi dans celle des intestins grêles, car l'eau froide, en parcourant le colon, suivant le trajet de cet intestin et faisant le tour de la cavité abdominale, rafraîchit les parties voisines.

Fièvres intermittentes et rémittentes. — Je n'ai point la prétention d'enrichir la thérapeutique d'un nouveau succédané du quinquina ; loin de croire à l'infaillibilité du fameux spécifique, je sais par expérience que quelques fièvres intermittentes lui résistent, que d'autres sont aggravées par son administration, que certaines phlegmasies en contr'indiquent impérieusement l'emploi, et que, par d'autres moyens, on atteint souvent le même but ; bien donc que je reconnaisse la supériorité de sa puissance fébrifuge sur tous les autres médicamens connus, je suis quelquefois forcé de renoncer à son usage ; et, quoi qu'on en dise, comme il irrite plus ou moins, j'aime mieux souvent m'adresser à une médication opposée. Alors j'ai recours aux sangsues, et bon nombre de fièvres, surtout de celles qui sont accompagnées d'une gastrite continue, même très-légère, cèdent avec la plus grande facilité à une saignée de l'épigastre. Ainsi, toutes les fois que, dans l'apyrexie d'une fièvre intermittente, je trouve quelque signe d'irritation gastrique ou intestinale, je commence par les antiphlogistiques ; souvent la fièvre ne revient pas : si elle reparaît, le sulfate de quinine, même à petites doses, en fait promptement justice. Tels sont les préceptes que développe depuis long-temps mon père dans sa clinique, dans ses cours et dans ses ouvrages. Eh bien, c'est dans ces cas où le traitement antiphlogistique est indiqué, que les lavemens froids m'ont paru le plus efficaces ; et, comme ce résultat pouvait paraître singulier et soulever le doute, j'ai fait recueillir ou recueilli moi-même quelques-unes des observations qui servent de base à mes assertions.

J'en ai eu plusieurs exemples pendant le temps que j'ai été employé à l'hôpital du *Gros-Caillou ;* mais je n'ai de notes que sur ceux qui se sont offerts à moi au *Val-de-Grâce.*

Observation 1. — Fièvre intermittente quotidienne. — Le nommé Merlin, du 8e de ligne, entré le 27 mai 1833 au Val-de-Grâce, salle 9, lit 72, présentait alors les signes d'une gastro-céphalite aiguë dont il fut guéri par M. le docteur Pierre, au moyen des antiphlogistiques ; il était convalescent, encore faible et languissant, et mangeait le quart matin et soir avec omelette, lorsqu'il fut pris, au commencement de juillet, d'accès de fièvre le soir. On lui administra le sulfate de quinine à la dose de 6 décigrammes, les 6, 7, 8 et 9 (12, 14, 16 et 18 grains), sans aucun succès ; la fièvre revenait toujours le soir et la nuit ; on cessa alors le fébrifuge et on attendit. Le 16 juillet, jour où je pris le service dans lequel se trouvait le malade, je trouvai que le pouls était assez calme, mais que la langue était un peu rouge à la pointe, que la peau, surtout celle du ventre, était chaude, âcre, rugueuse ; et qu'il y avait un peu de rénitence des parois abdominales, bien que le malade ne se plaignît point de souffrir de cette région et qu'il prétendit même se bien porter jusqu'au moment de la fièvre et avoir bon appétit. Quant à celle-ci elle avait commencé par des frissons, puis ils avaient fini par disparaître et les accès ne s'annonçaient plus que par une chaleur âcre, insupportable, accompagnée d'un malaise général et suivie d'un peu de sueur. Le tout durait presque toute la nuit. Je diminuai les alimens et crus l'occasion favorable de combattre ces accès de fièvre en chaud par le froid intérieur. (Bouillie, limon. gommée, 3 fois, potion pectorale, 2 1/2 lavemens froids.)

Les 17 et 18 les mêmes prescriptions furent faites, et déjà l'amélioration était telle qu'il n'y avait plus d'accès, que la langue dérougit, et que l'appétit se prononça vivement

---

(1) Le choléra est pour moi une violente gastro-colite, par *cause spéciale.*

(2) Les opinions de M. le professeur Dubreuil, de M. le docteur Thomas, de la Nouvelle-Orléans, et de beaucoup d'autres médecins, m'ont confirmé dans l'idée que j'ai puisée à l'école de la médecine physiologique, que la *fièvre jaune* est une gastro-entérite sur-aiguë, hémorrhagique, compliquée souvent d'hépatite et d'encéphalite.

avec un sentiment de force et de retour à la santé. Le 19 j'accordai le quart, et ordonnai encore deux lavemens froids, parce qu'il restait un peu de chaleur abdominale. Le 20, Merlin était à la demie, le 23 aux trois-quarts, et le 30 il obtint sa sortie, parfaitement guéri, n'ayant eu que deux fois un léger accès de fièvre depuis les lavemens froids, et ayant repris des forces et de l'embonpoint.

2e *Observation.* — Fièvre quotidienne. — Barge, âgé de 25 ans, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 27 octobre 1833, salle 9, lit 56, avait alors la fièvre tous les jours depuis huit jours. Le dernier accès avait été aussi fort que les précédens, et le prochain devait venir à 2 heures de l'après-midi. (Diète, limon., 3., pp. 2 1/2 lavemens froids.)

20, La fièvre n'est pas revenue la veille (même prescription).

30, La fièvre ne revient pas. (Bouillon coupé, deux lavemens froids.)

Depuis ce jour jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le mois suivant, il n'y eut point de rechute.

3e *Observation.* — Fièvre quotidienne. — Redou, âgé de 22 ans, entré le 4 novembre 1833 au Val-de-Grâce, salle 9, lit 25, est pris, à la fin d'octobre, de ce qu'il appelle une fièvre continue; puis la fièvre se change en intermittente, et ses accès vont en diminuant progressivement. (Diète, limonade, 3., pp. deux demi-lavemens froids.) L'accès du 4 a été beaucoup plus faible que les précédens; le 5 point d'accès, le 6 point d'accès. Alors cessation des lavemens froids; depuis la fièvre n'est pas revenue.

4e *Observation.* — Fièvre quotidienne. — Bazin, garde-municipal, âgé de 35 ans, entré au val-de-Grâce, salle 4, lit 17, le 23 octobre 1833, avait, depuis près de trois semaines un point de côté, pour lequel il ne croyait pas devoir se faire traiter, lorsqu'il se sentit de la fièvre et se décida, au bout de trois jours, à entrer à l'hôpital. On diagnostiqua une pleurite avec irritation gastrique, comme le prouvait la soif, un enduit blanchâtre de la langue, de l'inappétence; l'on mit, deux jours de suite, des sangsues sur le point douloureux, et il fut complétement enlevé. Mais, dès le 23, la fièvre, qui avait été continue, devint intermittente et se présenta avec le type quotidien.

Le 27, on prescrivit un lavement avec huit grains de sulfate de quinine.

Le 28, l'accès a été plus violent que de coutume. Potion avec 15 grains de salicine. L'accès est aussi violent que le précédent, mais par erreur, la potion de salicine n'avait point été donnée.

Le 29, 15 grains de salicine; le 30, 15 autres grains; même retour de la fièvre les 29 et 30; les signes de l'irritation gastrique reparaissent et se prononcent de plus en plus. (Suspension de la salicine; 20 sangsues à l'épigastre.)

Le 1er novembre, la fièvre a été moins forte. (Diète, deux lavemens froids.)

Les 2 et 3, mêmes prescriptions; les accès diminuent à mesure, et le 4, le malade assure que l'accès ne s'est nullement fait sentir. On cesse les lavemens froids et on donne des alimens, le malade reprend des forces et sort guéri le 8 novembre.

5e *Observation.* — Fièvre quotidienne. — Gruson, du 8e de ligne, âgé de 22 ans, entra, le 10 décembre 1833, au Val-de-Grâce, salle 9, lit 4. Il déclara, que depuis huit jours il avait tous les jours la fièvre, qu'elle commençait vers huit heures du soir et qu'elle se prolongeait dans la nuit. Le matin, il ne reste que de la céphalalgie, et, pendant tout le jour, la circulation est un peu émue, la chaleur cutanée un peu au-dessus du type normal. Le 11 au matin, la langue est chargée, la bouche mauvaise; le ventre chaud et rénitent, l'appétit presque nul; céphalalgie légère; il y a eu la veille des envies de vomir. Diagnostic : irritation gastrique, accès quotidiens. (Diète, lim. trois fois, potion gomm., 15 sangsues à l'épigastre.)

12. La fièvre est venue la veille vers 10 heures du soir, c'est-à-dire deux heures plus tard qu'à l'ordinaire; il y a de la soif, la langue est encore chargée; le pouls un peu fréquent, la peau chaude. (Diète; lim. 3. pot. gom., deux lavemens froids.)

13. La fièvre est venue comme à l'ordinaire. Même prescription.

14. Il n'y a pas eu de fièvre le 13; le malade est bien et demande à manger. (Bouillon, lim., p. gom., deux lavemens froids).

15. Pas de fièvre hier (Soupe maigre, lim., pot., gom.)

Depuis ce jour point de retour de fièvre; les alimens sont rapidement augmentés, et le 27 décembre Gruson sort guéri.

(Ces quatre dernières observations ont été recueillies par M. le docteur Carré, alors chef de clinique dans mon service.)

6e *Observation.* — Fièvre quotidienne. — Aimé, ouvrier d'administration, entré le 20 novembre 1833 à la salle n° 2 des détenus, lit 19, au Val-de-Grâce, ne se plaignit d'abord que de fatigue et fut mis à la demie. Il se sentait toujours fatigué et un peu faible, lorsqu'il fut pris de fièvre le 5 décembre. Le premier accès fut violent, mais sans frisson, au dire du malade. La chaleur fut très-vive et la sueur abondante. Le 6, nouvel accès moins fort que le premier, mais qui commence par un frisson suivi de chaleur et de sueur.

Le 7 décembre, troisième jour depuis l'apparition de la fièvre, la langue est chargée et jaune, la bouche pâteuse; l'appétit a disparu et a fait place à la soif. (Diète lim. 3, deux lavemens froids.)

Le 8, on apprend qu'il n'y a point eu d'accès la veille. Continuation des lavemens froids encore pendant deux jours.

La fièvre ne reparut point depuis, et Aimé ayant recouvré ses forces et jouissant d'un bon appétit, sortit guéri à la fin du mois.

7e *Observation.* — Fièvre quotidienne. — Brunet, du 20e léger, entré le 9 décembre 1833 à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, salle 9, lit 18, accuse des accès de fièvre quotidiens depuis plusieurs jours, avec frissons, tremblemens de chaleur sans sueur. Le 10, la peau est chaude, le pouls un peu fréquent. (Diète, lim. 3. pot. gom., deux lavemens froids.)

Le 11, le malade déclare qu'il n'a point eu de fièvre la veille; on continue encore les lavemens froids; on accorde

peu à peu des alimens et le malade, mangeant les trois quarts dès le 17, n'a point eu de nouvel accès. Quelques jours après il sort de l'hôpital.

8e *Observation.* — Fièvre quotidienne. — Maréchal, soldat au 61e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, fut pris de fièvre le 27 décembre 1833. Cette fièvre revint les jours suivans, le soir à la même heure et prit le caractère d'une fièvre quotidienne. Enfin, le 4 janvier 1834, Maréchal, fatigué d'attendre inutilement une guérison qu'il ne cherchait d'ailleurs à amener par aucun remède, entra au Val-de-Grâce, salle 9, lit 8, le 4 janvier.

5 janvier. A la visite : langue chargée au centre, rouge à la pointe, soif ardente, anorexie, chaleur prononcée des parois abdominales, douleur à l'épigastre, céphalalgie, pouls vibrant. (Diète, lim. 3 fois, pot. gom. 25 sangsues à l'épigastre, deux lavemens froids dans l'après-midi.)

6. Le malade était beaucoup mieux, les symptômes s'étaient amendés, mais la fièvre était revenue la veille assez forte et avait présenté les trois périodes de frissons, chaleur et sueur. (Diète, lim. 3, p. gom. deux lavemens froids.)

Le 7, même état du malade; la fièvre est revenue la veille, mais elle a été beaucoup moins forte. Les lavemens sont continués et un peu de bouillon est accordé, attendu l'appétit prononcé du malade.

8. La fièvre n'est pas revenue; les lavemens froids sont continués encore deux jours, mais la fièvre ne reparut plus.

Le malade passa successivement de la bouillie à la soupe, puis au quart, à la demie, et le 25 janvier il sortit de l'hôpital sans avoir eu aucune rechute. (Observation recueillie par M. Dequevauviller, chirurgien-élève.)

9e *Observation.* — Fièvre quarte. — Mevel, du 25e régiment d'infanterie de ligne, entré le 25 octobre 1833 au Val-de-Grâce, salle 2 des détenus, lit 18, pour fatigue, ne présenta rien de remarquable et fut mis de suite à la demi-portion. Le mois suivant il eut un peu d'irritation gastrique avec quelques accès de fièvre tierce dont les sangsues le guérirent assez facilement. Après avoir repris des forces, étant en pleine convalescence, il fut de nouveau atteint d'une fièvre caractérisée par frissons, chaleur et sueur et qui se répéta sous le type quarte.

6 décembre. C'est le jour où la fièvre doit venir. (Diète, lim. 3, deux lavemens froids.) La fièvre est beaucoup moins forte.

9. Même prescription. L'accès ne fait que marquer, il ne se développe pas.

13. L'accès manque entièrement. Les lavemens froids sont cependant continués quelques jours; mais Mevel se remet complétement. Le 21, il est à la demie et le 25 aux trois-quarts. Il ne sortit que le mois suivant, désirant encore se reposer quelques jours, mais n'eut aucune rechute.

Je ne crois pas qu'après avoir lu attentivement ces observations, on puisse douter de la puissance fébrifuge des lavemens froids; il faudrait pour cela se refuser à l'évidence. En effet, nous les voyons arrêter des accès de fièvre contre lesquels le sulfate de quinine a échoué (obs. 1, 4); nous le voyons empêcher complétement le retour d'accès, dont les sangsues n'ont fait que diminuer la violence (obs. 4, 5, 8); enfin, dans plusieurs cas (obs. 2, 3, 6, 7, 9), ils ont suffi, sans avoir été précédés ni du sulfate de quinine ni des sangsues. Tantôt ils ont enlevé la fièvre d'emblée, tantôt ils ont d'abord diminué la force des accès, qu'ils ont ensuite entièrement arrêtés; en un mot, ils ont agi comme nous voyons tous les jours agir le sulfate de quinine. Cependant il est des cas où les lavemens froids ont échoué; mais mon expérience ne m'a point encore appris quels étaient ceux où ce traitement devait être employé préférablement à tout autre; probablement ce sont ceux où la chaleur abdominale est le plus prononcée.

Les médecins qui ont observé avec soin les fébricitans dont nous parlons maintenant savent que, pendant la période de froid et de frissons, la peau est chaude, surtout à la région abdominale. Ce siége particulier de la chaleur semble indiquer aussi le siége de la maladie, et l'efficacité de nos lavemens froids est certainement en faveur des opinions de mon père sur la fièvre intermittente. Au reste, je ne prétends pas vouloir substituer les lavemens froids aux évacuations sanguines et au sulfate de quinine; je veux seulement faire connaître un moyen bien innocent, bien simple, toujours et en tout lieu sous la main du praticien, qui tantôt suffit à lui seul pour combattre la fièvre, tantôt vient au secours des évacuations sanguines locales, et remplace quelquefois avec avantage le sulfate de quinine, dont on pourrait craindre l'action. Maintenant doit-on opposer les lavemens froids à toutes les fièvres intermittentes possibles, même aux pernicieuses? Je ne le pense pas; mais, dans ce dernier cas-là même, je crois qu'ils pourraient être de quelque utilité.

Tout ce que je viens de dire de l'usage des lavemens froids dans les fièvres intermittentes s'applique entièrement, et avec plus de raison encore aux fièvres *rémittentes*.

Gastrites, entérites chroniques. — Il s'en faut que les lavemens froids soient bons dans tous les cas de gastrite et d'entérite chroniques; mais lorsque la main appliquée sur la région épigastrique ou abdominale y perçoit une chaleur intense, lorsque le malade accuse un feu interne, lorsqu'il se plaint d'être tourmenté de battemens intérieurs, et que l'on sent, que l'on voit même à l'œil les pulsations du tronc epigastre, lorsqu'il existe encore aussi une constipation opiniâtre, les lavemens froids sont avantageux; ils procurent un bien-être inexprimable, ils font cesser les agitations vasculaires, éteignent le feu interne, et provoquent des selles. Il faut, au reste, régler leur administration sur la manière dont ils sont supportés par les malades; car on trouve, surtout en ville, des personnes qui ont une répugnance invincible pour tel ou tel moyen; il en est qui prétendent que le froid leur fait toujours mal, même en boisson : cela peut être et peut dépendre d'une idiosyncrasie dont il faut quelquefois respecter les exigences.

Cancer des intestins. — C'est surtout dans celui du rectum que les lavemens froids peuvent procurer du soulagement. On sait que souvent les narcotiques perdent ici leur efficacité, et que les douleurs persistent, malgré toutes les préparations opiacées imaginables. Eh bien, on trouvera quelquefois les lavemens froids propres à soulager au moins momentanément le malheureux cancéré; je conseillerais

même, dans ces cas, l'introduction de morceaux de glace dans la cavité du rectum.

Artérite, anévrisme de l'aorte ventrale. — On sait que les maladies éruptives, la variole, la rougeole et la scarlatine sont fréquemment accompagnées d'artérite; c'est souvent cette phlegmasie qui, après la terminaison complète de l'éruption, entretient la dureté et la fréquence du pouls, ainsi qu'une chaleur fort opiniâtre. Il faut alors faire absorber beaucoup d'eau, il faut délayer, rafraîchir le torrent circulatoire; et, outre les boissons, nous avons les lavemens froids, qui nous aideront puissamment; j'en ai eu la preuve dans plusieurs cas. Je ne les mentionnerai pas ici, parce que je ne me les rappelle pas tous en particulier, et parce que leur narration serait extrêmement fastidieuse pour le lecteur; mais, après avoir donné l'observation d'une aortite légère, je rapporterai un cas d'*anévrisme* de l'*aorte ventrale* où le succès a dépassé mes espérances, non pas que je prétende que les lavemens froids aient seuls guéri, mais parce qu'ils ont évidemment contribué à la guérison.

10e *Observation.* — Aortite. — Berthier, âgé de 22 ans, du 41e de ligne, entra au Val-de-Grâce, salle 7, lit 85, le 11 mars 1834, atteint, depuis quinze jours, d'une irritation gastrique avec accès quotidiens.

Le 12, signes de l'irritation gastrique : bouche mauvaise, langue chargée au centre, rouge à la pointe, soif, perte d'appétit, sentiment de malaise général, chaleur avec moiteur de la peau, fréquence et impulsion du pouls; on sent immédiatement au-dessus de l'ombilic, et on voit à l'œil des battemens violens, correspondans aux pulsations du pouls; ces pulsations incommodent beaucoup le malade; en appuyant la main, on distingue une tumeur dans laquelle se prononce un mouvement de pulsation; en appliquant le stéthoscope, on entend un bruit simple et assez fort, correspondant à ces pulsations, et la tête est soulevée. Un peu plus haut, à la partie supérieure de la région épigastrique, on ne distingue plus du tout et on ne sent plus à la main de pulsations. (Diète, lim. 3. pp., 30 sangsues au-dessus de l'ombilic; lavement froid.)

13. Le malade a dormi pour la première fois depuis qu'il est malade, les signes de l'irritation gastrique sont presque entièrement disparus; il n'y a point eu de fièvre, mais les pulsations sont encore assez prononcées. (Diète, lim. 3 pp., deux lavemens froids.) — 14. Idem. — 15. Les pulsations diminuent sensiblement; le malade ne les sent plus que lorsqu'on appuie fortement la main; plus de tumeur. Continuation des lavemens froids et commencement d'alimentation, jusqu'au 27, où l'on cesse les lavemens froids.

Le 29, il est à la demie et sur le point de sortir. Plus de pulsations. (Observation recueillie par M. Miramont, chirurgien-élève.)

11e *Observation.* — Anévrisme de l'aorte ventrale. — Un jeune soldat entra, à la fin de janvier 1832, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, salle 1re des fiévreux, lit n° 41, pour une gastro-bronchite qui ne résista pas au traitement approprié; la toux disparut, la langue se nettoya et l'appétit commença à reparaître; cependant le malade se plaignait de douleurs à l'estomac; je le maintins à un régime doux, lui faisant mettre des cataplasmes sur le ventre, et prescrivant des lavemens émolliens et des boissons adoucissantes. Ce jeune homme continua à se plaindre et c'est alors que, ne trouvant plus de signes d'irritation gastrique je l'examinai avec soin pour trouver la cause de ces douleurs continuelles. Au niveau et au-dessus de l'ombilic, un peu à gauche, dans l'étendue de cinq pouces de haut en bas, suivant le trajet de l'aorte, on sentait des pulsations énormes, avec soulèvement très-prononcé de la main; dans cette même région existait une tumeur avec empâtement que le toucher distinguait facilement; immédiatement au-dessus et au-dessous de ce point on ne sent plus d'impulsion; le stéthoscope, appliqué sur la tumeur, fait entendre un bruit de soufflet très-net à la partie supérieure; le double bruit du cœur se distingue bien clairement et n'est ni plus fort, ni plus éclatant, et sans impulsion violente. Je diagnostiquai un anévrisme de l'aorte ventrale et je prescrivis 40 sangsues, la diète, la tisane de gomme.

Cette application de sangsues diminua la violence des battemens, mais ne le fit pas disparaître, non plus que le sentiment de gêne, de pulsations, de chaleur perçue par le malade, ni le bruissement sensible au stéthoscope. Je soumis alors le malade à l'usage des lavemens froids, trois, quatre par jour; des fomentations presque froides sur l'abdomen, des boissons rafraîchissantes, un régime féculent et un repos absolu. Au bout d'une quinzaine de jours, il y avait une telle amélioration que les mouvemens de l'aorte ne se distinguaient plus du tout à l'œil et n'étaient presque plus sensibles à la main. J'augmentai progressivement la quantité des alimens, et en deux mois, la guérison fut complète; il n'y avait plus ni douleur perçue par le malade, ni pulsations anormales, ni tumeur, ni aucun bruissement quelconque, et le jeune homme sortit en état de reprendre son service.

Je n'osai pas employer la glace à l'extérieur, parce que nous étions en hiver, qu'il faisait assez froid, et que le malade relevait d'une bronchite aiguë qui aurait pu facilement se renouveler; mais le froid intérieur produisit un assez bon effet et n'eut point l'inconvénient que je redoutais pour le froid extérieur.

Cystites et uréthrites. — Je n'ai point eu l'occasion d'employer les lavemens froids dans la cystite, où je pense qu'ils pourraient être fort avantageux; mais je les ai souvent donnés dans des uréthrites. Les lavemens froids ne remplaceront pas plus le copahu dans les blennorrhagies que le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes; mais, dans le premier cas comme dans le second, ils fourniront une ressource précieuse à la thérapeutique. On sait, en effet, combien les phlegmasies de l'urèthre sont quelquefois rebelles aux meilleurs traitemens, et même désespérantes pour le médecin. J'en ai vu qui résistaient, accompagnées d'ardeur d'urine, d'érections continuelles, de congestions sanguines de la verge et d'écoulement âcre et brûlant, aux antiphlogistiques largement employés et suivis de l'usage des astringens, des balsamiques, du camphre, etc. Eh bien, c'est dans ces cas que j'ai trouvé les lavemens froids fort utiles; ils produisaient le meilleur effet, quand les lavemens de copahu augmentaient le mal, au lieu de l'arrêter comme ils le font souvent.

Je suis fâché de n'avoir point recueilli en détail les obser-

vations sur lesquelles sont fondées les propositions que j'avance ici ; chargé au Val-de-Grâce, outre plusieurs salles de fiévreux, de deux salles qui contiennent des gardes municipaux fiévreux et vénériens, j'ai l'occasion de traiter souvent des uréthrites, et j'ai pu déjà constater l'utilité des lavemens froids dans ces cas. Je les conseille comme auxiliaires des saignées générales et locales et des bains, et comme correctifs de l'action quelquefois trop irritante du copahu en portion ou en lavement.

Métrite et hystérie. — Dans les phlegmasies du corps et du col de la matrice, je ne doute pas que les lavemens froids ne puissent rendre des services signalés, bien que je n'aie point eu l'occasion de m'en servir ; et l'analogie me porte à penser qu'ils ne seraient pas moins efficaces dans l'hystérie. En effet, j'ai retiré, dans ces cas, le plus grand avantage du froid, appliqué sur le ventre extérieurement ; à l'intérieur, l'effet serait encore plus marqué, mais il faudrait que les lavemens fussent administrés un peu avant l'accès.

Névropathie. — Les médecins physiologistes n'ignorent pas que les phénomènes de la névropathie peuvent être sous l'influence de l'irritation nerveuse ou sanguine de plusieurs organes, et ils sauront appliquer ici le moyen thérapeutique dont nous nous occupons.

Céphalalgies. — J'ai fait passer presque subitement, chez plusieurs personnes, des maux de tête assez violens par des lavemens froids ; la céphalalgie était-elle toujours dans ces cas, comme on le voit si souvent, sous l'influence d'une irritation gastro-intestinale ? je ne le pense pas ; j'ai même de fortes raisons de croire que l'influence tempérante de l'eau froide sur les intestins s'est répétée sur les centres nerveux dont elle a apaisé l'irritation.

Contre-indications à l'usage des lavemens froids.

J'avoue que je ne voudrais pas employer les lavemens froids chez des individus trop faibles, fatigués par la diarrhée, par une suppuration ou une sécrétion abondante ; chez des personnes atteintes de péritonite, de pleurite, ou très-affaiblies par une forte hémorrhagie, je craindrais de déterminer une concentration fâcheuse dans un organe quelconque du corps, et d'avoir à me reprocher une phlegmasie mortelle.

En résumé, une condition indispensable, à mes yeux, pour l'emploi des lavemens froids, c'est l'activité, la force de la circulation ; la langueur, son ralentissement, sa faiblesse, en sont des contre-indications formelles.

L'observation de Talma, dont l'autopsie est encore présente à ma mémoire, comme si ce triste événement venait de se passer hier, me fournit une dernière remarque. Notre grand tragédien a succombé à un rétrécissement du rectum ; il avait, m'a-t-on dit, l'habitude de prendre journellement un *lavement frais ;* cette habitude n'a-t-elle pas contribué à développer la maladie fatale qui nous l'a enlevé ? Je n'affirmerais pas le contraire.

Gardons-nous donc d'abuser même des choses utiles.

C. BROUSSAIS.

SUR UN CAS DE MUTISME GUÉRI PAR L'APPLICATION DE LA POMMADE AMMONIACALE SUR LE SINCIPUT.

Par M. Martin-Solon, médecin de l'hôpital Beaujon.

La connaissance des points de l'encéphale qui régissent nos facultés intellectuelles, nos diverses sensations, et quelques-uns de nos mouvemens, est une de celles qui éveillent le plus l'attention des phrénologistes. C'est une des parties de leur science qui a le plus occupé les esprits depuis quelque temps. Ce genre de recherches excitait naguère le sourire, mais il s'appuie maintenant sur une masse de faits assez imposante pour donner de la consistance aux opinions déjà émises, et susciter de nouvelles investigations, afin de trouver la clé des nombreuses contradictions que l'observation des faits laisse encore inexplicables. On ne peut disconvenir qu'une fois bien assises, ces connaissances ne puissent devenir fort utiles aux médecins appelés à remédier aux diverses lésions de l'encéphale ; elles contribueraient à diriger la thérapeutique dans l'application de moyens locaux qui ne sont pas sans importance. Les recherches faites dans ce double but doivent être encouragées. Les difficultés qu'elles présentent augmenteront sans doute le zèle des expérimentateurs et des praticiens.

Il est difficile d'alléguer un siége bien précis à la plupart des facultés dont l'homme est doué, parce qu'elles sont le résultat d'actions plus ou moins complexes. Ainsi la parole qui le distingue de tous les êtres, demande pour sa parfaite exécution le concours d'un grand nombre d'actions. Pour parler, il faut que les idées naissent, que la mémoire agisse pour mettre les mots à notre disposition, et que les organes très-compliqués de la parole se mettent en jeu pour les exprimer. C'est ce concours multiplié d'actions qui explique comment on voit le mutisme survenir à la suite de causes bien différentes, sans qu'il y ait pour cela contradiction dans les faits. Ainsi nous avons vu, dans un cas de mutisme, le centre de la protubérance annulaire présenter un ramollissement du volume d'un gros pois. La perte de la parole ne dépendait-elle pas de l'interruption de la connexité des diverses actions nécessaires à la parole ; interruption occasionnée par la lésion d'un point de la protubérance annulaire où s'opèrent de nouveaux entrecroisemens nerveux ? Le professeur Andral rapporte, dans le cinquième volume de sa Clinique, page 454, deux observations de mutisme accidentel avec lésions différentes du cerveau. Dans l'une, la perte de la parole existait sans altération de l'intelligence, des sens, du mouvement et du sentiment : on trouva un ramollissement vers la partie moyenne de chacun des hémisphères cérébraux. Dans l'autre, le mutisme était accompagné d'émiplégie à droite : le corps strié gauche était réduit en bouillie de la couleur ordinaire de ce corps, ce qui permettait encore de distinguer les deux subsances grise et blanche qui le forment ; d'autres auteurs ont rapporté des exemples de mutisme accidentel avec des lésions différentes, mais en sera-t-on étonné, lorsque l'on se rappellera que de nombreuses causes peuvent le produire. Les travaux de Gall avaient déterminé cet habile observateur à placer l'organe du langage articulé dans les lobules antérieurs du cerveau. Des faits bien observés, pu-

bliés par le professeur Bouillaud (Archiv. T. VIII. p. 25), démontrent qu'à la vérité, les lésions de cette partie de l'encéphale coïncident souvent avec la perte de la parole. Un fait remarquable que nous avons observé en 1831, serait également propre à appuyer cette doctrine.

Une fille de boutique, jeune et d'une bonne constitution, fut envoyée à l'hôpital Beaujon par M. L***, médecin distingué de Paris. Elle se plaignait depuis plusieurs années d'une céphalalgie sus-orbitaire gravative fort incommode, que des saignées ne faisaient pas cesser. Les facultés intellectuelles n'étaient point altérées, les sens conservaient leur intégrité, la sensibilité et le mouvement des membres étaient dans leur état normal, lorsque peu à peu, de la gêne survint dans l'articulation des mots et fut bientôt suivie de la perte complète de la parole. Il n'y avait point de fièvre. — Vésicatoire à la nuque; boisson laxative.

Quatre à cinq jours après, injection de la face et des conjonctives, fièvre, mouvemens convulsifs des membres, insomnie. — Retour aux antiphlogistiques. L'agitation ne tarde pas à faire place au coma, et la malade succombe.

A l'ouverture, on trouva les méninges et la substance cérébrale injectées; de la sérosité lactescente, et en partie concrétée, entre l'arachnoïde et la pie-mère, surtout à la base du cerveau et à la face inférieure de ses lobes antérieurs. Ceux-ci étaient très-volumineux, le fond de leurs anfractuosités était soulevé; et pour ainsi dire, de niveau avec les circonvolutions. L'incision de ces lobes donna issue à un grand nombre d'hydatides acéphalocystes, qui s'étaient développées au centre de leur substance blanche; la pulpe cérébrale qui les environnait était réduite en une bouillie blanchâtre.

La succession des phénomènes observés pendant la vie et les lésions cadavériques, permettent de penser que le développement des acéphalocystes a été la cause de la céphalalgie opiniâtre, puis de la perte de la parole, lorsque leur volume extrême a eu suffisamment comprimé et détruit le centre des lobes antérieurs du cerveau. La méningite a été le résultat de la distension de ces lobes, et elle était beaucoup plus intense autour d'eux que partout ailleurs.

En rapprochant de ces faits la guérison d'une mélancolie compliquée d'aphonie, obtenue par l'application du cautère actuel sur le sinciput, fait recueilli par le docteur Rossi, de l'hôpital de Rivarolo, en Italie, et publié dans les Archives (cahier de février 1828), nous avons pensé que dans le cas suivant d'aphonie, la cautérisation sincipitale pourrait être utile; mais au cautère actuel nous avons préféré la pommade amnoniacale que Rossi avait seulement employée pour entretenir l'irritation. Notre médication a été suivie d'un succès complet. Les notes de cette observation ont été recueillies par M. Robertet, élève de l'hôpital Beaujon.

Fièvre cérébrale accompagnée de mutisme dès le début; cessation des accidens cérébraux, persistance de la perte de la parole; deux mois après cautérisation sincipitale; guérison.

Droy (Célina), âgée de 12 ans, villageoise de la commune de Ribemont (Aisne), assez bien développée, ayant l'intelligence de son âge et de sa condition, parlant assez bien quoique avec lenteur, jouissant enfin d'une bonne santé fut atteinte vers la fin de mai 1833 d'une entéro-céphalite des plus graves. Cette maladie se caractérisa par les symptômes suivans: fièvre violente, douleurs abdominales, devoiement, évacuation de vers nombreux; céphalalgie sus-orbitaire très-intense, agitation et convulsions continuelles des membres, paralysie momentanée du bras gauche, perte de la parole dès le début de la maladie. Pendant son cours, la malade s'échappe de son lit pour courir dans la rue. On employa les délayans et on prescrivit des applications de sangsues au ventre. La plupart des accès se dissipèrent graduellement, mais le mutisme persista; on transporta la malade à Paris.

A son entrée à l'hôpital Beaujon, le 27 juillet 1833, elle offrait les symptômes suivans: Quoique ayant le facies un peu hébété, la malade comprenait très-bien tout ce qu'on lui disait; elle désirait y répondre, mais ne pouvait y parvenir. Sa langue exécutait tous les mouvemens désirables; les sens étaient dans un état satisfaisant; les bras étaient agiles dans leurs mouvemens; la marche fatiguait encore la malade; il n'y avait pas de céphalalgie, le sommeil était tranquille, l'appétit bon, la digestion facile, le pouls normal.

Deux jours après la malade était habituée avec nous, la parole seule lui manquait pour qu'elle fût revenue à son état antérieur. — Calomel, six grains en six doses; pommade ammoniacale sur le sinciput.

31 juillet. Vomissemens, fièvre; cessation des moyens employés.

2 août. Fièvre miliaire bien caractérisée. Cette affection n'offrit rien de particulier dans sa marche. La malade souffrit beaucoup du sinciput, et se plaignit long-temps du larynx et de la gorge, quoique cette dernière partie n'offrit qu'une rougeur peu intense.

Le 20. Après un écart de régime, douleurs abdominales, nausées, anorexie, fréquence du pouls, chaleur de la peau; 8 sangsues à l'anus, retour à la diète et aux boissons adoucissantes.

Le 26 août, la jeune malade était revenue à un état tout-à-fait satisfaisant, mais il lui était aussi impossible, qu'à l'époque de son entrée à l'hôpital, d'articuler la moindre monosyllabe; elle répondait par gestes aux questions qu'on lui adressait. — Limonade, le quart, bain de pieds sinapisé; ventouse derrière chaque oreille, application de pommade amnoniacale de l'étendue d'une pièce de 5 francs sur la région de la fontanelle pariéto-frontale, préalablement rasée.

Cette pommade causa une douleur vive et continue sur le crâne; elle détermina une fluxion séro-sanguinolente dans la peau qu'elle recouvrait, de sorte que ce tissu semblait comme œdémateux. L'épiderme se détacha; un suintement séro-purulent peu abondant eut lieu, mais il ne se forma pas d'escarre profonde, comme on l'observe quelquefois. On entretint cette vive irritation par une nouvelle couche de pommade, qui, préparée depuis quelque temps, avait peut-être perdu assez d'ammoniaque pour permettre, sans inconvénient, ces applications réitérées.

1er septembre. Au moment où l'on panse l'excoriation, la malade jette un cri sourd et rauque qui étonne ceux qui l'entendent; le reste de la journée elle reste silencieuse au milieu des excitations de ses voisines. Le lendemain elle articule, à notre grande surprise, très-distinctement: *bonjour*

Monsieur, mais ces mots sont lents et difficilement prononcés. Dans la journée la jeune fille parvient à dire une foule de mots, tantôt incomplétement, éprouvant de la difficulté pour quelques lettres; tantôt leur donnant des finales ou des accens qui ne leur appartiennent pas. En général sa voix est rauque et affecte désagréablement l'oreille.

Quelques jours d'exercice donnèrent à sa prononciation quelque chose de plus net et de plus rapide, autant que le permettait son accent picard. On cessa le 15 septembre l'usage de la pommade ammoniacale; la malade avait recouvré complétement l'usage de la parole, et devint même un peu bavarde. Elle partit pour son pays le 24 septembre. Elle attribuait à une gêne qu'elle rapportait à la partie antérieure du cou, l'impossibilité où elle avait été de parler pendant près de quatre mois. Nous nous étions cependant assurés que le larynx ne présentait aucune lésion appréciable extérieurement. L'absence de toute expectoration et la liberté complète de la respiration, démontraient que la menbrane muqueuse était saine et ne pouvait pas davantage rendre raison du mutisme dont cette fille avait été affectée.

Ce mutisme, qui se déclara au moment de l'invasion des symptômes cérébraux, nous parut avoir été causé par une inflammation aiguë de l'encéphale, et nous pensâmes qu'il fallait diriger une contre-irritation énergique vers la région de cet organe soupçonnée d'être le siége de l'altération qui entretenait cet accident. Nous choisimes de préférence la pommade ammoniacale dont l'action a produit, dans d'autres circonstances, des effets avantageux signalés par M. Gondret. Le retour de la parole, peu de temps après l'application de cette pommade, ne démontre pas, d'une manière certaine, qu'on doive attribuer le succès à l'emploi de ce moyen exclusivement, puisque les efforts spontanés de la nature pouvaient ramener à l'état normal le désordre que l'inflammation avait occasionné dans le cerveau. Cependant l'état stationnaire de la maladie pendant plusieurs mois, permet de croire que ces efforts eussent été insuffisans sans l'aide du moyen énergique que nous avons mis en usage.

Ce fait démontre-t-il que la perte de la parole dépendait d'une lésion des lobes antérieurs du cerveau? Non pas absolument, mais il le laisse soupçonner, ainsi que quelques-uns de ceux que nous avons précédemment rapportés. Ce dernier démontre surtout que la perte de la parole peut être l'effet unique d'une lésion cérébrale; car la paralysie du bras gauche, si elle a existé, ne s'est montrée que pendant peu de jours, d'où il résulterait du moins que l'on peut penser qu'une partie distincte du cerveau préside à la parole, et que sa lésion isolée n'est pas au-dessus des ressources de l'art. Il n'en est pas de même lorsque les lésions cérébrales sont plus étendues. Ainsi une femme de Neuilly, atteinte de mutisme et d'émiplégie à droite, à la suite d'une attaque d'apoplexie, entrée un mois après l'accident, à l'hôpital Beaujon, y resta deux mois sans éprouver d'amélioration, malgré l'emploi d'un séton, de la pommade ammoniacale, des purgatifs, du calomel jusqu'à salivation, et en dernier lieu, de la strychnine.

Nous n'étendrons pas davantage ces considérations à l'occasion du fait que nous avons observé et que nous avons jugé assez intéressant pour être publié; il nous paraît prouvé, par ce qui précède, qu'une inflammation probable des lobes antérieurs du cerveau, restée indéterminée dans le point précis qu'elle a occupé, peut occasionner la perte de la parole; que cet accident peut être isolé, et que, dans ce cas, la cautérisation sincipitale peut être suivie de succès.

On ne sera d'ailleurs pas étonné que cette cautérisation, plus ou moins intense, ait été vantée dans beaucoup de circonstances, si l'on fait attention à la facilité avec laquelle on la pratique, et aux nombreuses fonctions que les phrénologistes ont attribuées aux circonvolutions qui se rapprochent de cette partie du crâne.

MARTIN SOLON.

CONSIDÉRATIONS SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL,

Par M. Capuron, professeur d'accouchement, membre de l'Académie de Médecine, etc.

Point de mécanisme sans machine, point de machine sans mouvement, point de mouvement sans action et réaction, sans force et résistance.

L'accouchement, quelque naturel et spontané qu'il soit, s'opère au moyen d'une machine composée de trois pièces organiques dont l'ensemble, la combinaison, le rapport et le jeu constituent le mécanisme de cette admirable fonction. Ces trois pièces sont la matrice, le fœtus et le bassin de la mère; dans la matrice réside l'action, le moteur, la puissance, la cause principale de l'accouchement; le fœtus est le mobile ou le corps sur lequel cette puissance s'applique et agit; et le bassin est le canal ou la voie que ce mobile est destiné à parcourir.

L'effet de cette machine, le produit de ce mécanisme est donc un mouvement manifeste, une locomotion réelle. Le fœtus est transporté d'un lieu dans un autre; il est expulsé hors de l'utérus où il s'est développé pendant la grossesse, et projeté au-delà des organes externes de la génération, entre les cuisses de la mère.

Pour l'exécution de ce mouvement, de cette projection, la matrice agit conjointement avec le diaphragme et les muscles abdominaux; mais le fœtus et le bassin y sont dans un état purement passif et comme frapppés d'inertie; l'un obéit à la puissance qui le projète, et l'autre lui livre passage.

Cependant, d'un côté, le fœtus résiste par sa masse et sa pesanteur à la force motrice qui le pousse; de l'autre, le bassin, en partie obstrué par les organes génito-urinaires qu'il renferme, et par ceux dont il est revêtu à l'intérieur, ne lui livre pas une voie trop libre, trop commode et trop facile. Il en résulte quelques obstacles, quelques frottement qui, sans l'empêcher, ralentissent ou modèrent dans une juste mesure le travail de l'accouchement, et qui, sans nuire à l'enfant, sont avantageux ou salutaires pour la mère; car la santé, même la vie de tous les deux, pourraient être compromises par une trop prompte, comme par une trop lente délivrance.

Quand on ne jette qu'un coup d'œil superficiel sur le phénomène qui nous occupe, on tremble, on s'alarme sur le sort de ces deux individus; on craint que l'un ne succombe épuisé par les efforts qu'il fait pour se débarrasser de l'au-

tre en lui donnant le jour ; on craint encore plus que celui-ci ne soit trop faible pour supporter l'action énergique de la force qui l'expulse, et pour surmonter les obstacles qui s'opposent à sa naissance.

Mais ces craintes, ces alarmes s'évanouissent dès qu'on approfondit le mécanisme de l'accouchement, surtout si l'on considère les sages précautions et les nombreuses ressources de la nature pour faciliter cette importante fonction, pour rendre la puissance utérine supérieure à la résistance pelvi-fœtale, en un mot pour accomplir son grand dessein, qui est la conservation de la mère et de l'enfant. C'est ici que le philosophe, le physicien et le physiologiste peuvent trouver à satisfaire leur avide curiosité et à contempler les étonnantes merveilles de la nature.

1° Le fœtus est naturellement dans l'attitude ou la situation la plus convenable, soit par rapport au bassin qu'il doit franchir, soit par rapport à la matrice qui doit l'expulser. Hippocrate le comparait à une amande renfermée dans un vase à col étroit et allongé, laquelle ne pourrait en sortir qu'en long et non en travers ; comparaison des plus simples, des plus exactes et des plus lumineuses ; car elle fait voir le fœtus se présentant par l'une de ses deux extrémités au détroit supérieur, et ayant sa longueur parallèle à l'axe de cette ouverture ; or, cette situation est précisément l'une des conditions les plus essentielles pour la terminaison spontanée de l'accouchement ;

2° L'extrémité supérieure du fœtus est proportionnellement plus développée, plus volumineuse et plus pesante que son extrémité inférieure ; elle doit donc tendre à se précipiter vers la partie la plus déclive de l'utérus ou vers le bassin ; d'où il résulte que l'accouchement dans lequel le fœtus vient par la tête est plus naturel et plus fréquent que celui dans lequel il vient par l'extrémité coccygienne ou opposée ;

3° L'occiput et le plan postérieur du fœtus sont aussi plus développés, plus volumineux et plus pesans que le visage et le plan antérieur. En outre, le détroit supérieur est plus courbé ou moins évasé, et plus élevé en arrière qu'en avant. Par conséquent l'occiput est entraîné par sa pesanteur vers l'arc antérieur de cette ouverture, où il trouve plus d'espace et s'adapte mieux que vers l'arc postérieur ; il suit de là que les positions occipito-antérieures doivent être plus naturelles et plus fréquentes que les positions occipito-postérieures ;

4° Le diamètre oblique du détroit supérieur, compris entre la cavité cotyloïde gauche et la symphyse sacro-iliaque droite, est plus long que le diamètre oblique du côté opposé ; qui est un peu raccourci par l'intestin rectum : ce qui fait que la position occipito-cotyloïdienne ou antérieure gauche est encore plus naturelle et plus fréquente que la position occipito-cotyloïdienne ou antérieure droite ;

5° La tête, par le rapport naturel de sa forme avec celle du bassin, exécute, en traversant cette filière, trois mouvemens, celui de flexion en avant au détroit supérieur, celui de rotation spirale ou de vrille dans l'excavation, et celui d'extension ou de flexion en arrière au détroit inférieur. En vertu de ce triple mouvement, la longueur ou le plus grand diamètre de la tête devient parallèle aux axes du bassin, et ses plus petits diamètres, qui sont de trois pouces et demi, correspondent aux plus grands diamètres pelviens, qui ont un pouce de plus. Tel est le mécanisme qui contribue tant à faciliter le passage de la tête et la terminaison de l'accouchement ;

6° Le bassin, d'après l'observation, est plus souvent au-dessus qu'au-dessous de sa largeur moyenne ; la tête du fœtus, au contraire, est plus souvent au-dessous qu'au-dessus de son volume ou de sa grosseur typique : deux dispositions qui, quoique inverses ou opposées, doivent néanmoins concourir au même but en diminuant la difficulté et la longueur de l'accouchement ;

7° Pendant la grossesse, les cartilages et les ligamens qui assujettissent les symphyses ou articulations pelviennes, se ramollissent et se relâchent : ce qui peut permettre une certaine diduction ou écartement des os, et élargir les détroits du bassin, quand cela devient nécessaire pour la terminaison de l'accouchement ;

8° Le vagin et la vulve sont également lubrifiés et assouplis par des fluides dont la sécrétion est plus abondante durant le travail : ce qui doit nécessairement les rendre plus perméables et plus faciles à dilater par le fœtus qui les traverse ;

9° Les os de la voûte du crâne chez le fœtus ont encore des bords membraneux et flexibles ; cette disposition permet à la tête de se réduire d'environ un demi-pouce, ce qui est la différence de la largeur de la voûte à celle de la base. Voilà certainement une autre ressource qui doit favoriser l'accouchement naturel ;

10° Les membranes fœtales, distendues par les eaux de l'amnios, forment une poche dont la molle pression entr'ouvre par degrés insensibles le conduit utéro-vulvaire et prépare ainsi la voie à la tête : admirable précaution que la nature prend pour éviter la déchirure des parties qui cèdent ou livrent passage au fœtus et pour modérer la douleur inséparable de cette douce, naturelle, mais nécessaire violence.

Tels sont les moyens, telles sont les ressources que la nature met en œuvre pour exécuter le mécanisme de la fonction à laquelle tient la perpétuelle régénération de l'espèce humaine.

De ces considérations fondamentales découlent, comme autant de conséquences immédiates, les principes théoriques et pratiques de l'art des accouchemens. On en déduit sans peine les conditions qui sont nécessaires pour l'accouchement naturel ou spontané, et dont l'absence totale ou partielle constitue l'accouchement non naturel ou forcé.

CAPURON.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MÉDICO-CHIRURGICALES,

PUBLIÉ PAR MM.

ARMAND TROUSSEAU, JACQUES LEBAUDY, HENRI GOURAUD.

AVRIL 1834.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

RECHERCHES SUR LES ÉPIDÉMIES DES PETITES LOCALITÉS.

Thérapeutique.

2e Article.

Le médecin qui pratique dans les campagnes n'est pas à même de noter jour par jour l'action de tel ou tel médicament. Ce n'est que dans les hôpitaux, après un grand nombre d'épreuves et une observation bien suivie, qu'on peut apprécier l'influence d'une médication.

Dans les épidémies que j'ai observées aux environs de Château-du-Loir, les malades étaient traités par différens médecins ou officiers de santé dont les opinions ne s'accordaient pas toujours sur la nature de la maladie et les moyens de la combattre.

Les variétés de traitement n'ont pas donné de différences sensibles dans les résultats, et chaque méthode présentait également des revers et des succès.

En 1825, deux familles du bourg de Chemillé, composées de onze individus, d'âge et de sexe différens, furent traitées de la dothinentérie par des vomitifs, des purgatifs et du vin d'absinthe.

Une jeune fille qui semblait en convalescence mourut promptement à la suite de symptômes d'indigestion. Les dix autres malades se sont rétablis. Plus tard six individus de la même commune succombèrent traités par cette méthode qu'avait adoptée le chirurgien de l'endroit.

En 1823, plus de cent individus de la commune de Marçon furent successivement pris de fièvre typhoïde. D'après le rapport des médecins et des habitans il me fut facile d'établir trois classes de malades :

1° Ceux qui n'avaient pas appelé le médecin.

2° Ceux qui avaient été traités par les toniques.

3° Ceux qui avaient été soumis aux émissions sanguines.

Dans chaque classe, la proportion des morts fut un sur neuf.

En 1820, à Coëmont, il y eut dans le cours de l'épidémie trente-quatre malades ; presque tous furent traités par des applications de sangsues et des tisanes mucilagineuses. Vingt-huit se rétablirent.

En 1828, il y eut dix-huit malades. Des six qui moururent, cinq avaient eu des sangsues à l'abdomen ; des douze qui entrèrent en convalescence, un seul avait été saigné.

En 1826, au Petit-Gênes, le médecin de Saint-Christophe mit en usage le traitement dit anti-phlogistique. L'on n'eut à regretter qu'un seul malade sur douze.

A Vaas, en 1832, la méthode expectante fut préférée par M. Lépingleux qui prescrivit des boissons mucilagineuses, des lavemens émolliens. Sur quarante malades, trente-quatre revinrent à la santé.

Les vésicatoires, les sinapismes ont été prodigués dans toutes les épidémies ; je n'ai jamais pu leur reconnaître d'influence salutaire bien positive.

Trop souvent ils ont été l'occasion de plaies gangréneuses très-graves et qui retardaient la guérison, surtout chez les gens de la campagne peu soigneux et peu prodigues de pansemens. J'ai renoncé à leur emploi pour combattre les symptômes cérébraux de la période d'empoisonnement. Toutefois ils m'ont paru utiles aux bras, lorsque la gêne de la respiration est accompagnée d'un léger râle muqueux.

Mais dans nos campagnes ils sont d'un usage trop banal, et le médecin serait exposé à de graves reproches, si un malade succombait sans avoir eu des emplâtres cantharides aux deux jambes.

Un grand nombre de malades que j'ai vus avaient été émétisés ou purgés au début de la dothinenthérie ; plusieurs dont les paroxysmes semblaient tierces ou double-tierces avaient pris quelques doses de sulfate de quinine.

Je crois le purgatif moins nuisible que le vomitif, celui-ci moins que le sulfate de quinine. Les premiers ont même été quelquefois suivis d'amélioration pendant un jour ou deu

le sulfate de quinine au contraire aggraverait les paroxysmes.

Du reste la persistance de la maladie après ces premiers essais éclairait le diagnostic et décidait le médecin à s'abstenir de médications actives.

En résumant les faits que j'ai observés soit dans ma pratique particulière, soit dans les épidémies que j'ai étudiées avec mes différens confrères, il m'a semblé que la saignée de bras était utile dans le premier septenaire, lorsque des symptômes cérébraux se montraient graves chez un individu sanguin.

Une douleur insolite à l'épigastre ou à l'abdomen, accompagnée de vomissemens bilieux, indique l'emploi des sangsues, surtout si la douleur augmente à la pression.

Elles m'ont paru utiles dans une autre circonstance encore. C'est lorsque la dothinentérie s'annonce avec une grande sécheresse des muqueuses, que dès le début la soif est vive, les narines enflammées, le timbre de la voix résonnant, les paroxysmes accompagnés de suffocations et d'une très grande chaleur fébrile.

Alors deux ou trois applications de sangsues pendant les paroxysmes soulagent les malades, diminuent la céphalalgie et produisent un sommeil tranquille. La maladie n'est pas arrêtée, mais on abrège en quelque sorte la période d'excitation.

J'ai dit qu'il fallait dans ces circonstances deux ou trois applications de sangsues, parce qu'il est remarquable que les paroxysmes qui suivent la première émission sanguine ont acquis une violence qui ne cède qu'à une nouvelle saignée locale. L'on est obligé de revenir à ce moyen, une fois qu'on a commencé à l'employer. Raison de plus pour s'en abstenir chez les sujets faibles ou lorsque le redoublement est tolérable.

Dans les deux, et parfois les trois premiers septenaires, force est de s'en tenir aux mucilagineux, aux limonades, à l'eau panée, à l'eau pure ou sucrée.

Des applications émollientes, des lavemens ne peuvent qu'être utiles.

M. Bretonneau reconnait aux purgatifs une influence très-salutaire, au moment où s'opère le travail dit d'énucléation, c'est-à-dire du seizième au vingt et unième jour.

Le premier essai que je fis d'une potion saline dans des conditions indiquées par ce praticien distingué ne fut pas heureux.

La malade après le troisième septenaire fut prise de vomissemens d'un liquide jaune safrané. Une solution de sulfate de magnésie donnée par cuillerées n'arrêta pas le vomissement.

Quelques jours après des coliques survinrent assez brusquement, des symptômes de péritonite succédèrent, et la mort fut sans doute la suite d'une perforation intestinale. La nécropsie ne put être faite.

Cependant, comme il n'est pas rare de voir mourir avec le même appareil de symptômes, des malades traités par la méthode anti-phlogistique dans toute sa rigueur, et que j'étais certain que les purgatifs avaient été employés avec succès, à Tours, par M. Bretonneau, et d'après ses avis à Vendôme, par mon frère, le docteur Arsène Gendron, je revins à leur usage, et voici définitivement dans quelles circonstances je leur reconnais une action salutaire.

Lorsque dans le troisième ou quatrième septenaire, l'état du malade s'aggrave subitement, que la langue humide jusqu'alors devient promptement rouge et sèche, que le visage se grippe, qu'il survient du délire ou de l'assoupissement, des soubresauts dans les tendons et que des évacuations alvines sont peu abondantes, alors le purgatif me paraît indiqué, et fréquemment le flux intestinal est suivi d'amélioration sensible. Quelquefois cette amélioration ne dure qu'un ou deux jours, un second purgatif est encore utile.

Je l'ai souvent réitéré trois et quatre fois avec succès à deux ou trois jours de distance. J'emploie l'huile de ricin, si les malades digèrent le bouillon et n'ont pas montré dans le cours de leur dothinentérie, disposition au vomissement.

D'autres fois, j'ai donné d'heure en heure ou de deux heures en deux heures, jusqu'à effet purgatif, deux gros de manne dissous à froid dans l'eau ou l'eau d'orge, ou quelques gros de sel neutre dans une décoction de tamarin, ou enfin l'eau gazeuse de Sœdlitz; le calomel à ceux qui ne peuvent prendre les médicamens qu'à très-petite dose.

Quand la dothinentérie est stationnaire, sans symptômes graves après le vingt et unième jour, que le pouls se maintient très-fréquent, que les paroxysmes de la nuit se terminent par des sueurs fatigantes et qu'enfin les selles sont rares, le purgatif modifie heureusement cet état.

Les malades qui vomissent au début de la dothinentérie ont une grande tendance à être repris de vomissemens au déclin. Il en est chez lesquels ce symptôme est tellement persistant qu'il survit seul à tous les autres,

L'eau pure, l'eau de Seltz coupée, le calomel, les potions salines, le sous-nitrate de bismuth, les calmans, les opiacés à l'intérieur ou par la méthode endermique, les dérivatifs ont communément été inutiles, et parfois les vomissemens se sont apaisés après l'ingestion d'un aliment choisi par le caprice du malade.

Les toniques, quand par une erreur de diagnostic ils étaient employés au début de la maladie, ajoutaient à la gravité des symptômes, et les malades en général n'attendaient pas le conseil du médecin pour les cesser.

Mais après le troisième septenaire, lorsqu'il y a une grande prostration des forces, que le pouls est faible et disparaît sous la pression des doigts, ils peuvent être utiles.

Sans doute il faut les employer avec précaution, les suspendre si leur action est suivie d'accidens gastriques ou de réaction fébrile, et quelquefois y revenir.

Dans les campagnes, le vin coupé avec l'eau pure ou sucrée est le tonique par excellence, c'est le seul que les malades prennent avec plaisir et avec confiance. Le sulfate de quinine a souvent interrompu les retours fébriles du soir pendant des convalescences imparfaites.

L'on ne saurait trop recommander le séjour des dothinentériques dans des chambres vastes et bien aérées, leur transport d'un lit dans un autre, des lavages avec l'eau tiède et le savon lorsqu'ils sont salis par leurs évacuations.

La mortalité est peut-être plus grande dans les campagnes parce que les précautions de propreté y sont rarement observées.

Pour résumer notre opinion sur la thérapeutique des fièvres typhoïdes, nous dirons que vu l'incertitude de tout traitement actif, la médecine expectante est préférable.

Là, comme dans toutes les maladies contagieuses, le praticien doit considérer deux ordres de symptômes : 1° Ceux qui sont naturels à la maladie, symptômes essentiels dont la durée voulue n'est point entravée par les médicamens ;

2° Les épiphénomènes, symptômes extraordinaires ou dont l'intensité est anormale; ceux-ci doivent être combattus rationnellement, ramenés, s'il est possible à leur degré naturel, et dès que cet effet est obtenu, il ne faut pas s'obstiner à troubler une maladie qui ne peut marcher au gré du médecin le plus entreprenant.

PROPAGATION DE LA DOTHINENTÉRIE.

Nous examinerons successivement la dothinentérie sous le rapport de sa propagation :

1° A un seul individu ;

2° A plusieurs individus de la même famille ;

3° Nous traiterons ensuite de ses épidémies dans les hameaux, les bourgs et les petites villes.

1° *Dothinentéries communiquées à l'individu.*

Le 22 août 1828, Contereau, fermier de Verneilh, commune de Dissay-sous-Coureillon, m'envoya chercher pour son domestique malade depuis près de quinze jours; les symptômes de la dothinentérie étaient très-prononcés. Le malade recevait des soins particuliers de sa sœur âgée d'une vingtaine d'années, et qui passa seulement quinze jours à Verneilh. Au commencement de septembre, elle fut prise de la même maladie, retourna dans la commune de Saint-Christophe où elle demeurait, et y mourut le vingtième jour de sa dothinentérie.

La mère de Contereau résidant dans la commune de Nogent, à trois quarts de lieue de son fils, avait fait une visite charitable au domestique malade; peu de jours après, elle se plaignit de maux de tête, de douleurs dans les membres, de fièvre avec chaleur et insomnie toutes les nuits, plus tard elle eut de la diarrhée, de la surdité, du délire, etc.; je la visitai le 15 septembre, et je reconnus qu'elle était atteinte de la dothinentérie.

Dans les trois communes limitrophes de Dissay, Nogent et Saint-Christophe, ces trois individus furent seuls malades. Leur affection aurait pu être considérée comme sporadique, si je n'avais pas eu la certitude que les deux dernières avaient communiqué avec le premier.

Les autres habitans de Verneilh, Contereau fils et sa femme, n'éprouvèrent aucun changement dans leur santé, mais je dois observer qu'en 1824 ils avaient payé leur tribut à cette maladie ainsi qu'un domestique auquel le malade de 1828 avait succédé.

J'ajouterai encore pour prévenir toute idée d'une affection endémique, que la même localité a reçu de nouveaux fermiers qui occupent un certain nombre de domestiques, sans qu'il y ait eu depuis quatre ans de nouveaux malades.

Verneilh est situé au bas d'un coteau de vignes qui le domine à l'est, une petite rivière coule dans l'habitation même où se trouve un moulin et la borne à l'ouest; plus loin, dans la même direction, sont des prairies; puis un autre coteau; la route de Dissay à Saint-Christophe passe du nord au sud près de cette habitation, située dans un charmant vallon, garantie des vents d'est et d'ouest, et assez vaste pour que les habitans soient commodément et sainement logés.

Madame Degaille, dont le mari est vétérinaire à Château-du-Loir, avait fait des visites obligeantes à une pauvre famille de son voisinage, dont plusieurs membres étaient aux prises avec la dothinentérie. Ceux-ci étaient en convalescence, lorsque cette dame fut atteinte, le 28 août 1829, et vers la fin du mois d'octobre suivant; son état donnait encore les plus grandes inquiétudes. Elle n'était pas soumise aux mêmes conditions hygiéniques que la famille pauvre qu'elle avait secourue, sa maladie ne fut pas moins grave, malgré les conditions favorables d'âge, de force, de santé et d'aisance qu'elle réunissait pendant ses visites aux malades indigens.

M. La Guérinière (observation 3°) arrive à Château-du-Loir le 17 janvier 1833, au quatorzième jour d'une dothinentérie qui avait débuté par des symptômes cérébraux très graves.

Il venait de la ville de Prez-en-Paille où il exerce les fonctions de receveur de l'enregistrement.

Retenu à Château-du-Loir par des parens, ce malade est confié à mes soins. Le médecin qui l'accompagnait m'assura que dans l'endroit qu'ils avaient quitté il n'y avait point d'épidémie et que la gastro-céphalite de M. La Guérinière était isolée.

Dans notre ville, le malade habitait au premier une vaste chambre aérée par trois larges croisées, ayant vue sur une place et un jardin.

Madame La Guérinière, âgée d'environ trente ans, grande, brune, bien constituée, accompagnait son mari auquel elle donnait des soins continuels.

Tous les matins le malade reposait sur un lit de sangle, pendant qu'on préparait son lit ordinaire. Le premier lit dont on changeait les draps, servait toutes les nuits à la jeune dame.

Du 17 janvier, jour de l'arrivée, au 25, madame La Guérinière conserva une très-bonne apparence de santé.

Le 25, c'est-à-dire à l'époque où Monsieur entrait dans le quatrième septenaire, Madame commença à se plaindre de douleurs contusives dans les membres, de fatigue générale, de perte d'appétit et surtout de céphalalgie.

Le 26, mêmes symptômes, le pouls est sensiblement accéléré.

Le 27, la nuit a été très-agitée, la malade commence à être inquiète et exprime le désir d'arriver dans sa famille, Château-la-Vallière.

Quelques heures suffisent pour ce voyage, je lui conseille de partir de suite.

Le 2 février je la vois à Château-la-Vallière; l'insomnie, la douleur de tête, la prostration des forces, les paroxysmes du soir et la diarrhée ne laissaient aucun doute sur la nature dothinentérique de la maladie; le mieux survint dans le troisième septenaire et dans le quatrième la convalescence.

Pendant les dix jours qu'il resta à Château-du-Loir, M. La Guérinière recevait des visites de ses parens; quelques uns n'avaient pas encore eu la dothinentérie et étaient aptes à la contracter.

Cependant sa dame qui lui donnait les soins les plus constans fut seule atteinte.

Le contact immédiat répété est la cause la plus active de la propagation des fièvres typhoïdes, et nous aurons occasion de montrer cette préférence avec laquelle ces maladies se transmettent du malade aux personnes faisant l'office de garde-malades.

Madame Perret, dont le mari est receveur des contributions indirectes au Lude, succomba à une époque de la dothinentérie où les graves périodes semblaient franchies (Observation 6e).

Cette dame recevait des visites fréquentes de deux médecins du Lude et de son mari. Ses deux jeunes demoiselles, d'après mes conseils et les ordres du père, l'approchèrent rarement.

Les soins les plus empressés lui étaient donnés par sa sœur, Mlle Dumoulinet, âgée d'environ trente-cinq ans.

Dans les premiers jours de février 1833, lorsque Mme Perret était au cinquième septenaire, Mlle Dumoulinet ressentit les prodrômes de la maladie, de plus elle fut affectée d'un érysipèle à la jambe.

La dothinentérie fut bientôt accompagnée de délire, surdité, diarrhée, tympanite, émission involontaire des urines, etc., etc.; les premiers signes de convalescence se montrèrent dans la cinquième semaine, plusieurs mois s'écoulèrent avant que la santé de Mlle Dumoulinet fût tout-à-fait satisfaisante.

L'aînée des jeunes demoiselles donna quelques inquiétudes, cependant comme elle est très-délicate et que son indisposition ne dura que cinq à six jours, sans autre symptôme qu'un peu de chaleur fébrile et de céphalalgie, je n'en ai pas tenu compte. La maladie de Mlle Dumoulinet prouve ce choix de la dothinentérie pour la personne qui s'expose par devoir ou par obligeance à un contact fréquent avec le malade.

Larose, âgé de vingt-cinq ans, domestique au moulin de la Clarté, dans la commune de Saint-Pater, est pris d'une dothinentérie grave.

Sa sœur vint lui donner des soins, et lorsque le malade fut rétabli, cette jeune femme, enceinte de quatre mois, retourna à une lieue de la Clarté, dans le bourg de Bueil où elle demeurait.

Les cohabitans de Larose ne furent pas malades, mais sa sœur, peu de jours après son arrivée à Bueil, eut la fièvre typhoïde; elle fit une fausse couche, se rétablit lentement; plusieurs personnes du bourg qui l'avaient visitée furent atteintes de la même maladie, et notamment son voisin, le maréchal de l'endroit, nommé Ségnoré, qui en mourut.

Il est inutile de multiplier les citations de dothinentéries communiquées aux garde-malades; ces transmissions sont fréquentes dans les campagnes, il n'est point d'officier de santé qui ne puisse en citer un grand nombre d'exemples.

Souvent le médecin appelé pour un premier malade isolé, dont l'affection ne peut être expliquée ni par une infection locale, ni par la contagion, est rappelé quelques semaines après pour un autre membre de la famille affligé de la même maladie, et nous verrons à l'historique des petites épidémies, que presque toujours ce sont les garde-malades qui succèdent aux malades.

J'ai voulu d'abord constater que cet héritage avait lieu dans les cas les plus simples, dans des endroits exempts d'épidémie, où les conditions d'infection n'existaient pas et lorsque les premiers malades ne semblaient pas eux-mêmes victimes de la contagion.

Les informations les plus sévères ne m'ont fait découvrir aucune communication suspecte chez ces premiers dothinentériques que leurs garde m'ont pu soigner impunément.

Dothinentéries communiquées à plusieurs individus d'une même famille.

Lorsqu'une maladie contagieuse est importée dans une ferme ou une maison isolée, elle frappe souvent tous ceux qui l'habitent, puis elle s'arrête faute d'alimens. Le mal vient-il à surgir aux environs, presque toujours il y a eu entre les habitans des deux endroits des communications directes, et si un seul individu a communiqué avec la famille malade, ce visiteur imprudent ou bienveillant, premier dothinentérique d'une nouvelle famille, devient à son tour le centre d'un foyer de contagion.

Nanette Lepinay, âgée de dix-sept ans, était domestique dans une maison de Villebourg, dont les quatre habitans, Boutard et sa femme, âgés de trente et trente et un ans, et deux enfans de sept et neuf ans, avaient été successivement pris de la dothinentérie. Les deux enfans succombèrent.

C'est alors que Nanette qui les avait soignés revint malade au Verger, maison de son père, où elle mourut dix jours après, au commencement de novembre 1825.

Le Verger est une maison isolée située sur un lieu élevé; la famille de Nanette n'avait point communiqué avec Villebourg dont elle est séparée par une demi-lieue de distance. Des quatre membres qui la composaient, trois furent successivement atteints de la dothinentérie, savoir : la sœur de Nanette, âgée de vingt-deux ans, sa mère, âgée de quarante, et enfin un enfant de cinq ans. Ils se sont tous rétablis après une maladie longue et une convalescence pénible.

Le 5 novembre 1826, l'on amena à l'hospice de Château-du-Loir, une jeune fille âgée de vingt ans, nommée Marie Nadereau, domestique dans la commune de Luceau, dont les parens habitaient Dissay-sous-Courcillon.

Cette malade était au troisième septenaire d'une dothinentérie maligne; dans le quatrième, la région du sacrum présenta une escarre large, puis un ulcère profond, les symptômes typhoïdes furent portés au plus haut degré, et la mort eut lieu le 1er décembre.

La sœur Baglin, âgée de vingt-cinq ans, employée à l'hospice, avait donné des soins très-assidus à Marie Nadereau et fut prise immédiatement après sa mort des premiers symptômes de la dothinentérie, savoir : céphalalgie, état d'ivresse, douleurs dans les membres, insomnie, puis fièvre avec paroxysmes en chaleur toutes les nuits.

Dans le cours de la maladie, stupeur, surdité, diarrhée. La convalescence n'a été assurée qu'au bout d'un mois.

Marie Nadereau était domestique dans la ferme de la Bomboirie, commune de Luceau.

Quelques jours avant sa maladie, elle était allée à deux lieues de là, aux Pévadières, maison isolée dans Dissay, et avait soigné pendant plusieurs jours son père atteint de dothinentérie, après un fils agé de dix ans qui était mort de cette maladie.

Marie tombe malade le lendemain de son retour à la Bomboirie et reçoit des soins de sa maîtresse, la femme Boussard.

Celle-ci, âgée de trente ans, bien constituée, enceinte de quatre mois, est au bout de quinze jours obligée de s'aliter. Alors Boussard, son mari, fatigué d'avoir chez lui deux malades à la fois, fait conduire la domestique à l'hôpital de Château-du-Loir, et place auprès de sa femme un autre domestique, âgé de douze ans, nommé Jean Breton.

Celui-ci eut bientôt à soigner de plus la fille de Boussard, âgée de cinq ans, prise comme la mère de fièvre typhoïde.

Le malheureux enfant ne résista pas à ce double service, et il était lui-même affecté des symptômes de la même maladie, lorsqu'il fut inhumainement jeté dans une charrette et reconduit chez son père, demeurant à trois lieues de la Bomboirie, dans la commune de Saint-Christophe.

L'insouciant conducteur arriva au terme du voyage sans s'apercevoir que son jeune malade, réveillé par le délire, s'était glissé au derrière de la charrette et avait fui dans la campagne. Des personnes charitables l'avaient recueilli comme un enfant ivre, digne à la fois de blâme et de compassion.

Le lendemain il fut reçu dans sa famille, à la Besnardière, maison isolée, dans un pays plat nullement marécageux et dont tous les habitans offraient un bon état de santé. L'enfant mourut huit jours après son arrivée.

Il avait été soigné par sa mère, âgée de trente-huit ans, qui fut gravement malade quelques jours après la mort de son fils, et pendant quarante jours aux prises avec une grave dothinentérie. Son mari, atteint plus gravement encore, succomba vers le vingtième jour, et avant sa mort, trois enfans étaient simultanément frappés de la même maladie, un garçon de quatorze ans et deux filles, l'une de huit, l'autre de dix ans. Cette dernière surtout fut long-temps à se rétablir. Il n'y avait pas d'autres habitans à la Besnardière.

A peine reçurent-ils quelques visites des cultivateurs les plus voisins, effrayés de voir la maladie s'étendre du premier malade à ceux qui l'avaient soigné. L'épidémie s'arrêta donc en quelque sorte faute d'alimens.

Dans le mois de septembre 1829, la veuve Rousseau, âgée de soixante-quinze ans, après plusieurs visites au nommé Simoneau, dothinentérique, fut atteinte de la fièvre typhoïde.

Cette veuve habitait la Chevalerie, commune de saint-christophe; sa famille se composait d'un fils âgé de trente-trois ans, de la bru âgée de trente-deux, de cinq enfans, une domestique et un garçon de ferme; tous furent successivement aux prises avec la maladie, de sorte que l'épidémie eut trois mois de durée.

Ils furent soignés par M. Labbé, médecin à Saint-Christophe, le succès fut complet, aucun ne succomba.

Trois journaliers travaillaient chez la veuve Rousseau, dans le commencement de l'épidémie; ils n'assistaient pas la malade, mais seulement prenaient leurs repas dans sa chambre. Tous les trois furent affectés de la maladie régnante.

Le premier, nommé Berger, demeurait à Bois-Paris, commune de Saint-Pierre de Chevillé, où il succomba vers la fin du troisième septenaire; sa femme, qui seule lui donna des soins, ne contracta pas la dothinentérie, mais elle l'avait eue quelques années auparavant, pendant une épidémie répandue dans la commune de Saint-Pierre de Chevillé.

Les deux autres journaliers, Baillou, et Riollon, habitaient deux maisons voisines dites les Caves-Blanches, à une demi-lieue de la Chevalerie. Il furent malades pendant plus de quatre semaines.

Baillou communiqua la dothinentérie à deux de ses filles, la première âgée de quinze ans, et la seconde de dix, qui en mourut.

Riollon reçut des soins de sa mère, âgée de soixante-quinze ans, et d'une jeune personne âgée de vingt ans. Celle-ci faillit être victime de la maladie, son état fut grave pendant plus de cinquante jours.

Jusqu'à présent nous voyons que généralement les malades se succèdent dans la même famille suivant l'ordre de leurs communications. Nous n'avons point ici à soupçonner d'infection locale. Des familles nombreuses, bien portantes et soumises depuis long-temps aux mêmes influences de localité, reçoivent un premier malade, et à cette occasion, sans autre condition nouvelle, la scène change, ces familles sont frappées dans tous ou dans presque tous leurs membres, et ordinairement un ordre de succession s'établit en raison directe avec l'ordre des relations.

Cet ordre est plus sensible encore lorsque le fléau attaque des familles alliées, écartées l'une de l'autre, et respecte leurs plus proches voisins.

Les familles Lefebvre et Durand habitaient, la première Saint-Pierre de Chevillé, la deuxième le Fresne, maison à un quart de lieue du bourg.

Première malade. Henriette Lefebvre, âgée de vingt-deux ans; elle se rétablit.

Deuxième malade. Sa mère; elle succombe dans le quatrième septenaire.

Troisième malade. La femme Durand, fille Lefebvre, venue du Fresne avec l'enfant qu'elle allaitait, pour donner des soins à sa mère; elle lui rendit les derniers devoirs, lava elle-même le linge et les effets de la défunte, puis retourna au Fresne, où elle mourut cinq semaines après de la dothinentérie.

Quatrième malade. Une jeune fille, Durand, âgée de sept ans, qui n'avait pas quitté le Fresne; elle fut conduite, à Saint-Pierre de Chevillé, chez son grand-père.

Lefebvre, âgé de soixante et un ans; elle était en convalescence lorsque celui-ci succomba après une indisposition que je ne puis caractériser, car elle ne fut pas suivie par le médecin.

Pendant son séjour à Saint-Pierre, l'enfant recevait du Fresne les visites de sa grand'mère Durand, âgée de plus de soixante ans.

Cinquième malade. Madame Durand mère; à cette époque il n'y avait plus de malade au Fresne depuis deux mois.

Sixième et septième malades. Les deux filles de la précédente se relevaient auprès d'elle; la première nommée Marie, femme Georget, habitait à peu de distance du Fresne, elle communiqua la dothinentérie à son mari et à un enfant de six ans; tous trois se sont rétablis.

La seconde, nommée Mme Boureau, âgée de trente-quatre ans, était aubergiste à une petite lieue du Fresne, dans le

bourg de Saint-Aubin, où je la visitai le 5 septembre 1827; elle était au douzième jour d'une dothinentérie à laquelle elle succomba avant la fin du troisième septenaire.

Tant que l'épidémie est ainsi circonscrite, le médecin n'a pas besoin d'un grand effort d'attention pour reconnaître qu'en général la maladie se transmet suivant l'ordre des communications.

Dans les hameaux où nous devons la suivre, nous retrouvons cette régularité de progrès dans chaque ménage, et lorsqu'elle passe de l'un à l'autre; il est facile encore dans un lieu où tous les habitans se connaissent, où les relations sont circonscrites, de voir que ce n'est point au hasard et en aveugle que le mal frappe les individus d'une même maison, mais bien que dans chacune d'elles le premier affligé est celui qui a fait des visites fréquentes ou porté les secours les plus assidus aux autres malades.

En outre l'influence d'une population plus mobile, de relations indirectes plus nombreuses se fait déjà sentir. Lorsque l'épidémie est arrivée à un certain chiffre, le fléau semble s'affranchir des règles qu'il avait jusqu'alors suivies, et parfois les derniers ménages sont envahis sans communications directes, puis dans les mêmes ménages l'affection se transmet successivement à chaque individu suivant l'ordre accoutumé.

Dothinentéries épidémiques des hameaux, bourgs et petites villes.

Le hameau de la Drouauderie, situé au nord et à une demi-lieue de la ville de Château-du-Loir, est composé de six maisons resserrées au milieu d'une côte assez élevée et dominant à l'est un vallon peu étendu; au nord et à l'ouest le hameau est protégé par des terrains livrés à la culture.

Les habitans, fermiers ou petits propriétaires, vivent sobrement comme tous les agriculteurs, et un vieillard de quatre-vingts ans déposait en faveur de la salubrité du hameau, où se trouvait toutefois un phthisique. Tous deux moururent dans les premiers jours de l'invasion de la dothinentérie, mais sans en offrir les symptômes.

Le 8 mai 1828, la fille Lemeûnier arrive dans le hameau, elle venait de Coëmont, bourg situé à plus d'une lieue, et elle était au douzième jour d'une dothinentérie contractée chez ses maîtres.

Les habitans des deux endroits n'avaient point eu de relations entre eux. La Drouauderie dépend de la commune de Luccau, Coëmont de celle de Vouvray-sur-Loir; les deux communes sont séparées par celles de Flée et de Château-du-Loir, où pendant les épidémies de Coëmont et de la Drouauderie, les médecins n'ont observé aucun dothinentérique.

Après l'arrivée de la malade de Coëmont et la mort du phthisique et du vieillard, les habitans de la Drouauderie étaient au nombre de dix-neuf, y compris un enfant à la mamelle qui fut seul préservé; ainsi il y eut dix-huit malades dans l'ordre suivant :

Première malade. La fille Lemeûnier, venue à la Drouauderie, le 8 mai 1828, au douzième jour d'une dothinentérie contractée à Coëmont, où nous l'avions déjà visitée.

Deuxième malade. La mère Lemeûnier, âgée de soixante ans, elle reçoit des secours de deux voisines nommées Guilliet et Bardet, qui se relevèrent jusqu'à l'arrivée d'une autre fille Lemeûnier.

Troisième malade. La femme Guilliet.

Quatrième malade. La femme Bardet.

L'une âgée de cinquante et un ans est alitée pendant quarante jours; et successivement sont malades dans sa maison :

Madeleine Guilliet, âgée de vingt-trois ans.

Guilliet père, cinquante-trois ans, mort au quatrième septenaire.

Guilliet fils, âgé de dix-sept ans.

Deux jeunes filles, domestiques dans ce ménage, n'approchaient les malades que rarement et avec crainte.

Toutes deux furent atteintes et retournèrent chez leurs parens à une demi-lieue et à un quart de lieue du hameau.

La plus jeune âgée de dix ans a succombé.

Ni l'une ni l'autre n'ont communiqué leur maladie.

La femme Bardet, quatrième malade, âgée de quarante-sept ans, fut alitée pendant cinq semaines, et successivement furent pris chez elle, son fils Julien Bardet, onze ans, convalescence au bout de six semaines.

Constance Bardet, seize ans et demi, morte au quatrième septenaire.

Louis Bardet, huit ans, guéri.

Françoise Bardet, âgée de treize ans, domestique dans le bourg de Beaumont, à une demi-lieue du hameau, passa seulement quelques heures près de sa mère en délire et l'embrassa croyant lui faire un dernier adieu.

Quatre à cinq jours après, elle tomba malade chez ses maîtres qui étaient à la fois ses parens. Ils n'appelèrent aucun médecin, mais depuis ils m'ont dit qu'elle avait eu le mal de tête avec délire, surdité, des accès de fièvre très-forts la nuit, et qu'elle avait été comme imbécille pendant plusieurs semaines.

Derniers malades du hameau :

Rose Perchet, âgée de dix-huit ans, assure n'avoir eu aucune communication avec les malades, mais elle a eu de fréquens rapports avec les gardes. Convalescente au bout de quarante jours.

Sa sœur Marianne Perchet fut prise pendant qu'elle avait ses règles. Il y eut suppression, les accidens cérébraux furent très-intenses, elle mourut le onzième jour.

La mère, âgée de cinquante-deux ans, n'arriva que très-tard à la convalescence. Des vomissemens opiniâtres d'un liquide jaune safran retardèrent sa guérison.

Maison Fortier. Trois habitans de cette dernière maison eurent la dothinentérie.

La jeune femme Fortier, première malade, était nourrice et continua à allaiter son enfant qui seul n'éprouva aucune atteinte du fléau.

Le mari, âgé de vingt-six ans, puis la sœur, furent affectés; tous trois se sont rétablis.

Pendant la convalescence, ces malades offraient encore la démarche incertaine, l'air étonné, la surdité, la faiblesse et le tremblement musculaire qui survivent ordinairement à cette redoutable maladie. GENDRON.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

HOMOEOPATHIQUE,

PUBLIÉE A GÉNÈVE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

AVRIL 1834.

OBSERVATIONS PRATIQUES

PAR LE DOCTEUR CROSERIO.

(TROISIÈME ARTICLE.)

—

Abcès aux grandes lèvres.

Mme P..., âgée de 52 ans, petite, brune, yeux et cheveux noirs, humeur dissimulée, ayant cessé d'être réglée depuis trois ans, sans incommodité.

Depuis plusieurs années, elle a souvent des abcès à la vulve, causés par une communication fistuleuse au rectum; ordinairement ces abcès duraient trois mois. Cette dame souffrait depuis quelques jours de cette incommodité, lorsqu'ayant été atteinte, dans le mois de mai dernier, de la maladie épidémique, à laquelle j'ai trouvé que la *pulsatille* répondait parfaitement, cette tumeur de la vulve, qui avait déjà acquis la grosseur d'un demi-œuf de poule, s'est résoute entièrement en trois jours, en même temps que la grippe a été guérie.

Rhumatisme musculaire.

Mme K..., âgée de 31 ans, n'a pas eu de maladies d'enfance, très-bien réglée à 12 ans. Elle a eu un enfant à 26 ans, et l'a nourri; ensuite elle a fait une fausse couche de deux mois et demi, en février dernier, pour avoir levé les bras avec effort; depuis ce temps, elle a toujours éprouvé quelques souffrances.

En janvier dernier, elle avait déjà senti une douleur rhumatismale à l'épaule gauche, semblable à celle dont elle est atteinte actuellement, et qui la retint quatre semaines au lit. — Le 1er juin, cette malade offrait les symptômes suivans :

Douleurs, élancemens, tiraillemens au-dessus du bord supérieur de l'épaule et de l'omoplate gauche, qui s'étend au dos, aux muscles du côté du cou, jusque derrière l'oreille, et tout le long du bras jusqu'au métacarpe, par secousses; la pression est douloureuse; les mouvemens de la tête réveillent les douleurs et les augmentent; des horripilations superficielles sur le cuir chevelu, qui font comme dresser les cheveux, s'étendent sur le côté droit jusqu'au sein; en remuant la tête, les muscles du cou causent une douleur vive de tiraillement, comme s'ils étaient trop courts, laquelle se porte soudain dans les bras; yeux cernés; peu d'appétit; soif; avant et après les règles, diarrhée précédée de gargouillemens sans douleurs, huit à dix fois par jour; le matin, elle souffre davantage; la nuit et le soir, elle ne souffre pas du tout; elle couche habituellement sur le dos, avec les bras sous la tête; humeur très-vive, s'impatientant pour un rien.

A défaut de *staphisagria*, dont je manquais, je donnai *rhus* $^{oo}_{x}$ le jour même à six heures du soir, parce que c'était l'époque de la journée exempte de douleurs.

2 juin. Une heure après la prise, léger rappel des douleurs du cou; ensuite, sommeil tranquille toute la nuit; sueur vers le matin; aujourd'hui, il ne reste qu'un peu d'embarras dans les parties qui étaient douloureuses; la malade se lève, fait ses affaires, et n'a pas eu de ressentimens, sans autres médicamens.

Rhumatisme dans les genoux.

M. G..., horloger, âgé de 52 ans, membre de la Société

protestante de Secours mutuels de Paris, habitant un rez-de-chaussée sombre et humide ; depuis nombre d'années, il est atteint de douleurs rhumatismales, pour lesquelles il a fait inutilement usage des médicamens ordinaires.

Le 15 mai, ayant été appelé à lui donner mes soins comme médecin de cette institution, j'observai l'ensemble des symptômes suivans :

Douleurs indéterminées dans les membres ; les lombes et la poitrine roides, engourdis ; une grande chaleur dans les genoux, intérieurement comme dans la moelle des os, quoiqu'ils ne soient pas chauds au toucher ; les genoux craquent dans les mouvemens ; les douleurs des genoux *sont plus fortes en étant assis ;* elles se dissipent peu à peu en marchant, et surtout après s'être mis au lit ; embarras à la tête vers le front ; le sang monte parfois à la tête ; difficulté de parler ; la langue lui parait lourde et pesante ; parfois, douleurs dans le cou en avalant ; picotemens dans l'estomac, surtout à gauche ; douleurs de ventre comme si les entrailles se tortillaient ; quintes pour aller à la selle ; selles difficiles ; urines difficiles avec efforts ; hémorrhoïde ; point dans le côté gauche, entre la septième et la huitième côte, en respirant, qui s'étend vers le dos ; toux modérée avec crachats muqueux ; la douleur de côté empêche le sommeil ; caractère sérieux, pensif, doux. *Taraxacum* $\frac{0000}{I}$ le lendemain, le matin.

Le 17. Trois heures après le remède, il a eu une exaspération sensible des douleurs de genoux et des membres ; aujourd'hui, il est beaucoup mieux ; appétit ; apyrexie. Je laisse agir le remède.

Le 19. La douleur prend un autre aspect ; elle se fait sentir dans le genou gauche, la nuit, dans le lit, et se dissipe après le lever ; roideur et un peu de craquement dans les deux genoux ; le point de côté et la toux sont dissipés ; la langue est plus libre ; il n'éprouve de la gêne qu'après avoir parlé long-temps. *Ignatia* $\frac{000}{X}$

Le 28. Le jour de la prise, il a eu de légers étourdissemens ; les phénomènes morbides se dissipent peu à peu ; aujourd'hui, il est parfaitement rétabli ; les symptômes de l'épidémie régnante, qui existaient à un assez haut degré chez cet individu, sont dissipés par l'action du *taraxacum.*

Violente contusion du pied.

Le 4 mai, la petite R..., âgée de 2 ans, a eu le pied écrasé par une roue de cabriolet qui lui passa dessus, la jeta par terre, et rasa la joue et le front ; le pied devint à l'instant noirâtre, très-enflé et difforme ; le côté de la face était enflé et écorché. Appelé peu d'instans après auprès de cette enfant, qui étourdissait par ses cris arrachés par la douleur, je trouvai le pied déjà si enflé que je ne pus m'assurer s'il y avait fracture ; attendu la grande sensibilité que l'enfant manifestait au moindre attouchement, et sa difformité volumineuse, je mis toute la jambe dans un simple fanon contentif, et j'administrai de suite deux globules d'*arnica* 24e. L'enfant pleura encore pendant une demi-heure, ensuite elle se calma, et ne se plaignait d'aucune douleur quand on ne la touchait pas.

Le 7. J'administrai un nouveau globule ; le soir, elle marchait dans son lit, appuyée sur son pied, en traînant le fanon après elle ; le pied était encore un peu enflé, mais il avait repris sa couleur naturelle, et exécutait tous les mouvemens sans douleurs.

Le 10. Nouveau globule ; depuis ce temps, elle ne s'est plus ressentie de son pied ; la figure était guérie le lendemain de la première prise.

Fièvre intermittente, quarte, entretenue par l'abus du quinquina.

Mme Ch..., âgée de 35 ans, grande, forte, brune, yeux et cheveux noirs ; saine dans son enfance ; elle a eu la gale à l'âge de 15 ans ; réglée à 17 ans, elle le fut toujours bien ; mariée à 24 ans, elle a eu quatre enfans qu'elle n'a pas nourris. Depuis deux ans, elle a une fièvre intermittente, qui a été suspendue pendant ce temps, à différentes fois, par des doses énormes de sulfate de quinine ; depuis quelques semaines, ce médicament n'a plus aucune action sur la fièvre, et ne fait qu'aggraver l'état de la malade ; il y a trois semaines qu'elle ne prend plus rien, et depuis ce temps, elle se trouve mieux.

Le 26 juillet, son état était le suivant :

Tous les quatre jours, accès de fièvre à cinq heures du soir, froid avec tremblement d'une heure et demie, avec soif ; chaleur de deux à trois heures avec beaucoup d'agitation, sans soif, avec mal de tête violent au-dessus des yeux ; sueur abondante jusqu'au matin ; douleur violente dans l'oreille quand le froid vient, qui diminue dans la chaleur, et que l'impression de l'air réveille.

Dans l'apyrexie : étourdissement ; yeux un peu rouges ; pupilles contractées ; langue un peu blanche ; soif ; bon appétit ; règles arrêtées depuis deux mois ; elle est lasse, fatiguée, jambes lourdes ; borborygmes ; brûlement dans la poitrine ; l'accès est précédé par des douleurs dans les épaules, des élancemens dans les bras ; elle est triste, chagrine, craint de ne pas guérir. *Arnica* $\frac{0000}{IV}$ le lendemain matin, jour précédant celui de l'accès.

Le 29. Quelques heures après la prise, elle a éprouvé des élancemens dans la tête, comme quand elle a le froid de l'accès ; le lendemain, la fièvre est venue sans mal de tête, plus tard, et a duré bien moins long-temps ; la malade se trouve mieux, la tête libre. Je pense que l'action du médicament va encore continuer.

Le 1er août. L'accès de la veille a commencé à deux heures et demie, par froid, jusqu'à cinq heures, avec des claquemens de dents, soif, beaucoup de mal de tête, de bâillemens ; ensuite, chaleur jusqu'à dix, avec soif, et mal de tête sur les yeux, qui s'est ensuite dissipé dans la sueur.

Dans l'apyrexie, très-mal à l'aise ; mal à la tête et dans le dos ; langue un peu blanche, etc. *Capsicum* $\frac{0000}{II}$.

Le 4 août. *Caps.* $\frac{000}{III}$.

Le 8. L'accès du 3 a été très-faible, et il n'a plus reparu ensuite. Si j'avais répété à chaque accès l'administration de l'*arnica*, d'après les conseils les plus récens des homœopathes expérimentés, sans égard à la durée présumée de ses effets, il est probable que j'en aurais prévenu le retour sans avoir besoin d'autres médicamens.

Cancer de l'utérus, anasarque.

Mme Ch...., âgée de 45 ans, brune, yeux et cheveux noirs, tempérament bilioso-lymphatique, veuve, a eu beaucoup de gourmes dans son enfance; réglée à 15 ans, elle a toujours souffert des coliques et des étouffemens aux époques de la menstruation; elle a eu un enfant il y a douze ans; depuis ce temps, les coliques hystériques sont plus fortes; elle est sujette à une leucorrhée très-abondante, et à des dérangemens notables des organes digestifs.

Le 10 février. Cette femme ayant demandé mes soins, et présumant l'impuissance des moyens ordinaires contre cette grave maladie, je me proposai de faire mon premier essai homœopathique. Les symptômes étaient les suivans :

Douleur continuelle, surtout quand elle est debout, et la nuit dans le lit; élancemens à la région de l'utérus, s'étendant du sacrum au pubis; douleur de reins comme d'efforts d'accouchement, dirigés vers les parties génitales; tiraillemens dans les reins; poids à la région de la vessie; fleurs blanches excessivement abondantes (à traverser les matelas), parfois très-claires, parfois rougeâtres comme de la lavure de chair, et de très-mauvaise odeur; ventre enflé avec fluctuation; jambes et cuisses œdématiées, parsemées de cordons variqueux, très-gros, qui la font beaucoup souffrir quand elle est debout; langue rouge, brûlante, comme écorchée; un grand vide dans l'estomac avant et après le repas; froid continuel dans les yeux; constipation; grande faiblesse, disposition aux défaillances, dégoût pour les alimens; elle pleure continuellement, très-irritable, méchante pour des personnes qui la servent; les règles sont arrêtées depuis un an; les lavemens déterminent toujours les pertes de sang; l'attouchement fait reconnaître le vagin très-relâché et sensible; le col de l'utérus abaissé, très-béant, dur dans tout son pourtour; et une légère ulcération à son bord antérieur, très-sensible au toucher. *Sepia* $\frac{0}{X}$.

Le 15. La malade se plaint d'une faiblesse excessive; elle demande des secours; ses jambes sont plus enflées; elle a plus de dégoût; des pleurs, etc. Ces symptômes étaient évidemment une exaspération homœopathique; je les ai pris pour une simple aggravation de la maladie, que le médicament n'aurait pas pu enrayer. Comme je trouvai la *sepia* très-d'accord avec les symptômes, je n'eus pas assez de foi dans les avis de notre vénérable maître, j'ordonnai encore $\frac{0000.}{X}$

Le 17. L'aggravation fut terrible; la faiblesse si excessive, que la malade ne put quitter le lit; pleurs, gémissemens continuels; mal au cœur, malaise, l'hydropisie et l'écoulement vaginal très-augmentés. Cette fois, je ne pus méconnaître l'effet primitif du médicament, et comptant trop sur les forces de la nature, je craignis de déranger un médicament homœopathiquement convenable.

3 mars. Très-forte diarrhée liquide; mêmes symptômes. *Bryonia* $\frac{0}{X}$ au matin.

5. Le jour de la crise, étourdissemens légers; fortes douleurs dans le ventre. Dans la nuit, fortes coliques, suivies de l'évacuation d'une quantité considérable de matières, ressemblant à de la suppuration mêlée de sang (selon l'expression de la malade.) Depuis cet instant, les douleurs ont cessé insensiblement; les jambes et le ventre désenflent, l'écoulement vaginal et les douleurs de matrice diminuent sensiblement; la malade est moins triste, reprend de l'espérance : elle a cependant toujours du dégoût pour les alimens.

10 mars. Les symptômes généraux continuent à s'améliorer; l'œdème est disparu; le teint s'éclaircit, l'écoulement vaginal et les douleurs continuent à diminuer.

15. Nouvelle exaspération des effets primitifs du médicament; sensation de serrement excessif du gosier, qui empêche la déglutition; serrement de la poitrine et des fausses côtes, dévoiement excessif très clair, borborygmes, les symptômes utérins ont entièrement disparu, ainsi que les varices des extrémités. Le col de l'utérus est souple et revenu à son état naturel; on ne sent plus l'ulcération. La malade se sent excessivement faible : inappétence, vomissemens, nouveau désespoir de guérison, pleurs continuels.

L'anconit, l'acide phosphorique et *l'antimoine*, répétés soit à l'intérieur, soit par l'aspiration, ne faisaient que soulager passagèrement; mon inexpérience ne m'a pas suggéré de donner un nouvel antipsorique; au commencement d'avril, elle renonça au traitement homœopathique.

Phthisie catarrhale.

Mme G..., blanchisseuse, âgée de 53 ans, a toujours été bien portante; mais pendant 30 ans elle a cohabité avec son mari, qui était atteint d'une phthisie tuberculeuse à laquelle il a succombé il y a cinq ans. Depuis ce temps, elle tousse avec beaucoup d'expectoration et maigrit à vue d'œil. Cette maladie avant résisté aux traitemens ordinaires, je me proposai de la traiter homœopathiquement.

Le 15 février, son état était celui-ci :

Toux fréquente avec des crachats d'un goût salé, très-abondans le jour et la nuit; étouffemens qui la forcent de rester une grande partie de la nuit assise sur son lit; frissons tous les jours; sueurs nocturnes; mal de tête le matin; visage boursouflé; pommettes vergetées rouge foncé; lèvres violettes; bouche sèche; pas d'appétit; grattement dans la trachée; voix enrouée, les mains et les jambes enflées; dévoiement; insomnie; toujours de mauvaise humeur, irritable, colère. *Stannum* $\frac{00}{VI.}$

Le 18. La fièvre a beaucoup diminué; un peu d'appétit; les forces et l'espérance de la guérison reviennent.

Le 20. La nuit dernière, elle a éprouvé une douleur violente d'arrachemens dans le côté gauche de la tête, des mâchoires et de l'oreille, comme elle se rappelle en avoir eu une tout-à-fait semblable à l'âge de 20 ans. Le mieux général continue; la toux et les crachats sont très-diminués.

Le 25. La malade se trouve assez bien, pour reprendre ses pénibles occupations, et renonce entièrement au régime; son état l'oblige à rester une grande partie des jours sous l'influence du chlore. J'avais cru devoir le lui défendre jusqu'à sa guérison; cette circonstance l'a fait renoncer au traitement.

Phthisie pulmonaire.

La petite M..., âgée de 2 ans, blonde, yeux bleus, petite, très-grêle et délicate ; il lui manque encore les petites molaires. Depuis quatre mois, elle tousse beaucoup, dépérit sensiblement ; depuis un mois elle vomit ses alimens, et a un fort dévoiement, les consultations publiques et différens médecins déclarent l'enfant phthisique et incurable.

Le 15 juillet, son état était le suivant :

Toux très-fréquente, très-grasse, le jour et la nuit (l'enfant ne sait pas cracher) ; fièvre, pouls très-fréquent, filiforme ; frissons dans la journée ; sueurs très-abondantes la nuit, surtout vers le matin, visage très-maigre, ainsi que le reste du corps ; yeux cernés et abattus ; pommettes souvent d'une rougeur circonscrite ; appétit de fruits ; soif ; vomissemens des alimens aussitôt après le repas ; elle garde les boissons ; diarrhée très-claire, muqueuse, souvent d'alimens non digérés ; insomnie ; la poitrine résonne très-clair dans toute son étendue ; pectoriloquie des deux côtés, sous les clavicules. En santé elle est d'une humeur très-douce ; actuellement elle est très-irritable, et pleure toujours. *Pulsatille* $\frac{0}{X.}$

Le 17. Elle n'a vomi qu'une fois après avoir pris la poudre ; la diarrhée ainsi que les autres accidens continuent. *Nux.* $\frac{0}{X.}$

Le 20. Les vomissemens ont entièrement cessé, un peu d'appétit ; un peu plus de gaîté ; moins de soif et de fièvre ; moins de toux. La diarrhée continue. *Stannum* $\frac{0}{X.}$

Le 24. La diarrhée a entièrement cessé, ainsi que les sueurs nocturnes ; la toux diminue beaucoup ; l'enfant reprend son teint naturel.

Le 30. La toux et tous les phénomènes morbides ont tout-à-fait disparu ; l'enfant a repris toute sa gaîté et sa douceur habituelle.

La guérison si prompte d'une maladie aussi grave, et reconnue jusqu'à présent incurable, indemnise bien des peines et des travaux que cette admirable doctrine impose à ses sectateurs.

Je ne fournirai pas actuellement d'autres exemples de maladies chroniques, quoique depuis deux mois j'aie entrepris le traitement d'un assez grand nombre de malades, parce que ce temps est trop court pour avoir eu des résultats complets. Une maison d'orphelines du peuple que j'avais sous ma direction sanitaire, m'offre une quantité considérable de scrupules, de teignes, d'ophthalmies chroniques, etc., à soigner. Les sœurs de charité qui administrent l'établissement, ayant éprouvé sur elles-mêmes les admirables effets de la nouvelle médecine, me seconderont pour l'exactitude du régime ; aussi y ai-je déjà obtenu des faits intéressans que j'espère soumettre à la Société homœopathique lors de sa prochaine réunion. Le régime convenable modifié pour chaque cas, mais toujours d'après les préceptes de Hahnemann, a été observé dans les maladies : je n'en fais pas mention pour éviter les répétitions inutiles. Dans le nombre encore trop restreint de faits, je crois avoir remarqué que les globules humectés seuls, sans sucre de lait, agissent avec plus d'énergie ; leurs effets primitifs sont plus prompts et plus sensibles. Je n'ai pas encore constaté ce fait par un assez grand nombre d'expériences contradictoires, pour le donner autrement que comme un doute.

NOTE SUR LA VARIOLE

ET

SUR SON TRAITEMENT HOMOEOPATHIQUE.

—

La variole, maladie résultant d'un miasme fixe, à durée déterminée, a, sous ce rapport, de l'analogie avec les forces pathogénétiques que nous développons par la préparation, que nous portons et manions à volonté.

L'entier développement d'action de ce miasme, sur l'économie animale, présente cinq phases ou périodes diverses : l'incubation, l'invasion, l'éruption, la suppuration et la dessication. Chacune de ces phases, sans tenir compte des modifications ou variantes que peuvent produire l'âge, le sexe, la saison et toutes les circonstances accessoires, exige un traitement, un mode d'agir différent de la part du médecin, ces agens curatifs différens. Examinons.

Pendant l'incubation, qui est ce laps temps qui s'écoule depuis le moment où l'individu a été mis en contact avec le miasme variolique, jusqu'au moment où commencent à se développer les prodromes de l'invasion, les premières mutations organiques sensibles, il n'y a point encore de maladie, il n'y a rien à faire de curatif ; c'est le moment du traitement prophylactique.

L'invasion, caractérisée par frissons, douleur de tête, accélération du pouls, chaleur générale, fièvre, en un mot, plus ou moins ardente, présente un état auquel l'*aconit* est homœopathique, et dans lequel l'action de cet agent réduit toute la maladie à sa plus simple expression, en supprimant l'ensemble des symptômes que nous disons faibles. Lorsque dans cette période, on trouve de l'assoupissement avec congestion cérébrale, l'*opium* est utilement administré après l'*aconit*, ou, mieux encore, entre quelques doses de celui-ci. Cette période est de trois jours, ordinairement.

Après ce traitement, la période d'éruption se passe sans qu'il y ait presque rien à faire, et la quantité, le nombre des pustules, qui est toujours en raison directe de la violence, de l'intensité de la fièvre, se trouve toujours d'autant plus réduite, que l'état fébrile a été plus complétement dissipé.

Trois autres jours se passent ainsi, et, le plus souvent, sans qu'il reparaisse de la fièvre, jusqu'au septième ou huitième jour, que se manifeste la suppuration. C'est alors que le *rhus* devient remède homœopathique ; et nous l'avons vu, administré le huitième jour, produire une apyrexie complète en moins de trente-six heures, amener la chute de l'enflure du visage et des mains, et procurer une

pleine et entière convalescence. L'*arsenic*, l'*acide hydrochlorique*, sont homœopathiques, à cette période de la maladie, lorsque l'état se complique d'adynamie, que les pustules prennent un aspect mauvais, noirâtre et gangreneux, en un mot, lorsque la maladie gagne, pour employer l'expression reçue, des caractères de malignité.

Mais si le médecin n'est appelé que lorsque la période d'éruption est déjà commencée, il peut encore réduire la fièvre par l'*aconit*, seul ou aidé du *café*, de la *bellad.*, de la *pulsat.*, selon les cas; puis, le traitement continuera comme s'il avait vu le malade dès l'invasion; et, dans toute circonstance, il ne devra jamais songer qu'à l'homœopathicité du médicament qu'il voudra employer, et jamais à sa spécificité.

On arrive ainsi à la cinquième période, la dessication, qui le plus souvent n'est qu'une convalescence où il n'y a rien à faire pour la médecine. Tout y est réservé à l'hygiène et à la diététique. Il est cependant quelques cas où, après une suppuration abondante, quelques globules de *quina* sont utiles, quelquefois même nécessaires.

Telle est la marche de la maladie se développant avec régularité et suivant ses périodes sans troubles ni accidens; tels sont les remèdes qui présentent le plus d'homœopathicité à chacun de ses états divers.

Notre but n'est point de traiter dans cet article d'une manière un peu complète de la variole, avec toutes les complications qui peuvent l'accompagner, ni d'entrer dans l'énumération de tous les médicamens que peuvent exiger ces complications; nous voulons, en indiquant sa marche et son traitement d'une manière sommaire, montrer que cette maladie, qui semble devoir être *une*, puisqu'elle est le résultat d'un miasme *un*, ne saurait être traitée par un seul médicament, ni par un traitement unique, pas plus que ne le sont les effets de la *noix-vomique*, pas plus que ne le sont les autres maladies en général.

Quelques lecteurs ne seront-ils point surpris de ne pas trouver parmi les moyens thérapeutiques que nous employons, quelque agent qui enraie la marche naturelle de la variole, qui la réduise dans sa durée en anihilant l'action du miasme qui la produit? La chose est possible; mais nous devons avouer que jusqu'ici, nous ne connaissons que la vaccine qui jouisse de cette faculté.

La vaccine ne préserve point totalement de la variole, ainsi qu'on l'a trop pompeusement prêché pendant un quart de siècle. Elle a surtout pour action d'en modifier la marche, de la rendre bénigne, en réduisant à presque rien sa période de suppuration (1). Mais il n'est pas d'individu vacciné qui ne reste susceptible de contracter la variole. Il n'est peut-être pas même d'individu variolé qu'on ne puisse infecter une seconde fois par inoculation (2).

La variole qui arrive à un sujet vacciné ou déjà variolé, que nous nommons encore aujourd'hui, comme il y a dix ans, *variole consécutive* (3), diffère peu ou point de la petite-vérole naturelle, dans son invasion et dans son éruption, mais on est surpris de voir, le plus souvent, la fièvre tomber du cinquième au sixième jour, et l'individu guéri le huitième ou le neuvième; il y a dessication des pustules sans suppuration, elles prennent une teinte cristaline, et elles tombent sans laisser de traces sur la peau.

Dans cet état de choses, il ne reste donc de véritable maladie que l'état fébrile d'invasion, état qui peut être simple ou compliqué de phénomènes nerveux plus ou moins violens, tels que délire, mouvemens convulsifs, etc. Réduire cet état, l'atténuer, sera réduire la maladie à un simple malaise de quelques jours, et débarrasser ainsi l'humanité d'un des fléaux qui a le plus lourdement pesé sur elle depuis quelques siècles. C'est ce que produiront la vaccine et un traitement homœopathique judicieusement appliqués à l'affection variolique qui pourra la suivre.

Il résulte de ce que nous venons de dire :

1° Que le médecin homœopathe, appelé au début d'une affection variolique primitive, peut, par l'action de l'*aconit* surtout, seul ou alterné avec quelque autre agent homœopathique à l'état du malade, abattre la fièvre d'invasion, et ainsi simplifier et rendre bénigne la maladie.

2° Qu'arrivant même au commencement de l'éruption, il peut encore atténuer et réduire l'état fébrile.

3° Qu'au moyen du *rhus*, de l'*arsenic* et de l'*acide hydrochlorique*, il peut calmer ou détruire la fièvre de suppuration.

4° Que la maladie atténuée dans presque toutes ses phases, ne sera que rarement dangereuse et presque jamais mortelle.

5° Que dans une variole consécutive, abattre la fièvre d'invasion ou en diminuer l'intensité, c'est réduire la maladie à un simple malaise.

Nous n'avons point encore eu l'occasion de traiter homœopathiquement de ces dernières, mais les succès obtenus dans les varioles primitives nous permettent d'avancer ce que nous venons d'écrire à ce sujet.

Terminons par l'exposé de quelques faits.

Premier fait.

Le 14 novembre 1831, je fus appelé auprès du jeune L., âgé du 15 ans, non vacciné, arrivé depuis peu à Chêne, mais venant d'un pays où il y avait des varioles. Il était malade de la veille et il présentait les symptômes suivans :

Face rouge et vultueuse; chaleur forte et inquiétante;

---

(1) Voyez Observations sur la variole et la vaccine, par P. Dufresne. *Bibliothèque universelle*, journal qui se publie à Genève, numéros de mars et avril 1825.

(2) Voyez dans le travail cité les expériences faites à ce sujet.

(3) Nous conservons cette expression, et nous rejetons celle introduite depuis, par les médecins français, dans le vocabulaire médical, *varioloïde* : 1° parce que la nôtre a la priorité; 2° parce qu'elle présente une idée exacte et juste, ce que ne fait point l'autre. Le mot *varioloïde*, fait à l'instar de *conoïde*, *deltoïde*, etc., signifie de forme, mais non de nature variolique ce qui est contraire à la réalité; puisque la *variole consécutive* est évidemment de nature variolique. On peut la créer à volonté en inoculant un sujet vacciné ou déjà variolé, et elle n'arrive jamais spontanément que dans les épidémies de variole.

céphalalgie intense; langue rouge, se séchant facilement au centre; soif ardente; pouls vite et plein; un peu de toux. Selle la veille; le ventre était en bon état.

Sans songer à la variole, j'administrai à mon malade deux doses d'*aconit* (1), l'une à ma visite (quatre heures après midi), l'autre à dix heures du soir. Eau sucrée pour boisson.

Le lendemain, 15, tout est mieux; fièvre nulle; mais, à mon grand étonnement, je vois de légères petites pointes rouges s'élever sur la face, autour du nez, sur le haut de la poitrine et sur les bras. Peu de nourriture, eau sucrée.

16. L'éruption est assez avancée pour ne plus méconnaître la variole. Point de fièvre; même prescription que la veille.

17, 18 et 19. Tout se passe de la manière la plus naturelle et la plus bénigne possibles; le malade voudrait toujours manger. Point de fièvre; point de remède.

20. Le soir, un peu d'élévation dans le pouls; les pustules sont très-gonflées et remplies de pus; l'ensemble du malade est cependant tel que je crois devoir observer sans médicamenter.

21. Les pustules s'affaissent; plus de fièvre; le malade famine. Alimentation légère; point de remède.

22. La dessication s'avance; la convalescence est prononcée.

Second fait.

Le 20 mars 1832, je suis appelé auprès du sieur R., âgé de 24 ans, homme fort et vigoureux, non vacciné, malade depuis trois jours; le quatrième commençait. Voici son état :

Face rouge, animée, déjà couverte de l'éruption variolique, qui avait paru dans la nuit; céphalalgie; fièvre ardente; grande soif, langue rouge, peau brûlante; éruption déjà sur-tout le haut du corps, et commencé sur toute son étendue; ventre en bon état, quoiqu'il n'y ait pas eu d'évacuation depuis deux jours. *Aconit* $\frac{0000}{IV}$ trois fois; les deux premières à quatre heures l'une de l'autre, et la troisième six heures après la seconde. Eau de gruau pour nourriture, eau sucrée pour boisson.

21. Apyrexie; plus de mal de tête; l'éruption continue; les pustules, confluentes sur la face et les bras, grossissent. Une selle dans la matinée.

22. Point de fièvre; marche progressive de la variole. Même régime et boisson.

23. Les pustules blanchissent à leurs extrémités; la figure s'est enflée de même que les mains; le pouls est devenu plein et fort, sans s'être accéléré; le ventre est en bon état; la langue est humide; il y a peu d'altération. Point de remède.

24 Les yeux sont fermés; la face est énorme; les mains et les bras sont ronds d'enflure; la fièvre est bien prononcée; toutes les pustules sont remplies de pus. *Rhus* $\frac{\infty}{X} + \frac{\infty}{X}$, à quatre heures l'un de l'autre, le malade est fatigué toute la journée; il se plaint de mal de tête et d'une sensation de brûlure sur-tout le corps, principalement à la face. La nuit, étant seul dans sa chambre, il se lève, tombe et va lourdement heurter de la tête contre une paroi (il y avait probablement un peu de délire). Point de selle depuis le 21. Mêmes alimens et boisson.

25, à dix heures du matin, vingt-quatre heures après l'administration du *rhus*. La fièvre est moindre; on aperçoit les yeux; l'enflure a diminué; le pus s'échappe de partout, et se sèche en gouttes sur les pustules. Le soir, apyrexie; la face et les mains sont désenflées; les yeux sont ouverts; le malade se plaint de la faim.

26, onzième jour de la maladie. La dessication marche avec rapidité; le malade veut manger, il se dit guéri. Selle le matin; quelques alimens sont permis.

27. Pleine convalescence; il n'y a plus rien eu de particulier; plus de remèdes donnés.

On ne saurait méconnaître dans ces deux faits l'action salutaire de l'*aconit*, et son heureuse influence sur la marche de la variole. Dans le premier, elle s'est passée sans fièvre, on peut dire sans maladie réelle, puisque la peau seule a été affectée, et que l'appétit et les fonctions digestives ne l'ont presque plus été depuis son administration. Dans le second, l'action de ce remède a simplifié la maladie en supprimant la fièvre d'éruption, et il y aurait injustice à ne pas reconnaître que le *rhus* a supprimé celle de suppuration, précipité la dessication et accéléré la convalescence.

C'est ici qu'est le bienfait réel : un moyen qui supprime la fièvre de suppuration, supprime toutes les chances mauvaises de la maladie, car c'est dans cette période seulement qu'elle devient dangereuse. Nous n'avons point eu occasion d'employer l'*arsenic*, ni l'*acide hydrochlorique*, mais nous ne doutons point des avantages qu'on peut en tirer quand on jugera bien leur homœopathicité.

P. D.

(1) Quelques atomes de sucre de lait de la troisième trituration d'une goutte de teinture avec cent grains de sucre. L'usage des dilutions et des granules saccarins ne m'était point encore familier.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

AVRIL 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Lettre à M. LALLEMAND,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier sur l'inflammation chronique de la cornée;

Par G. MIRAULT,

Professeur à l'École secondaire de Médecine d'Angers.

Le travail que j'ose aujourd'hui mettre sous vos auspices doit être considéré comme la suite de celui que j'ai publié, en 1823, dans le troisième volume des *Archives générales de Médecine*, sur l'inflammation de la cornée. J'insistais alors, dans ce premier essai, sur les avantages que l'on peut retirer en ophthalmologie, comme pour la pathologie en général, de la localisation des inflammations diverses et nombreuses qui sévissent ensemble ou isolément sur l'organe de la vue, et sans méconnaître l'utilité de la division de l'ophthalmie suivant ses causes, je m'efforçais de prouver qu'une classification des phlegmasies oculaires, tirée de leur siège particulier, devait avoir une grande influence sur les progrès futurs de cette branche de l'art de guérir. J'ai trouvé depuis cette même idée exprimée dans S. Cooper (*Dictionnaire de chirurgie*), et j'ai vu, avec quelque satisfaction, que l'inflammation de la cornée sur laquelle on n'avait écrit presque rien en France, et peu de chose à l'étranger, avant la publication de mon mémoire, a trouvé depuis, sous le nom de *Kératite*, une place particulière dans les dictionnaires et quelques autres ouvrages publiés plus ou moins récemment.

Parmi les descriptions qu'on a données de cette maladie dans ces derniers temps, celle de M. Sanson (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie prat.*) doit être citée comme la plus complète; cependant elle laisse beaucoup à désirer sous le rapport des modifications que présentent les lésions de la cornée, suivant que la marche de l'inflammation est lente ou rapide. On y trouve confondus, comme cela a été fait jusqu'ici, l'état aigu et l'état chronique, et cependant cette distinction est non moins importante pour la kératite que pour toute autre phlegmasie. C'est cette rectification que j'entreprends ou plutôt cette lacune que je veux m'efforcer de remplir, dans cette lettre. J'espère que les considérations que je vais émettre ne vous sembleront point indignes d'attention; que ce sujet si petit et si restreint en apparence vous paraîtra fécond en applications de plus d'un genre, et que vous trouverez, comme moi, qu'on en peut tirer des corollaires capables d'éclairer plusieurs points importans de physiologie pathologique.

Les altérations organiques que présente la cornée chroniquement enflammée, bien qu'elles diffèrent de celles qu'on observe dans la kératite aiguë, par leur marche et par des aspects différens, semblent se confondre avec elles dans une même nature. Dans les deux états de l'inflammation, on trouve, soit une hypérémie du tissu, soit une diminution de la cohésion de ses molécules constituantes, soit, enfin une

sécrétion de produits accidentels ; de sorte qu'il semblerait convenable d'établir, comme je l'ai fait pour l'état aigu, trois degrés de kératite chronique. Mais quoique l'on observe, dans celle-ci, un dépositum analogue au pus dont j'ai considéré l'existence comme un caractère propre au troisième degré de l'état aigu, je ne crois pas que ce signe soit assez tranché dans la kératite chronique pour constituer de même un degré bien évident. D'ailleurs il est vraisemblable que ce phénomène appartient plutôt à une recrudescence de l'inflammation qui souvent passe momentanément de l'état chronique à l'aigu. Ces considérations me déterminent à n'admettre que deux degrés dans la kératite chronique. Le premier a pour signes 1° la vascularité rouge anormale de la cornée, 2° son opacité, 3° son épaississement. Le deuxième degré offre en outre 1° une variété de ramollissement, 2° l'épanchement, entre les lames de la cornée, d'une matière puriforme.

Je vais vous rapporter d'abord quelques observations précises, et j'en déduirai ensuite l'explication des phénomènes qu'elles nous auront présentés.

Obs. Ire.—*Kératite chronique avec injection sanguine des vaisseaux de la cornée; épaississement léger, et opacité de la conjonctive* (premier degré), *durée : deux mois.* — Renée Cailleau, 18 ans, fille forte, habituellement bien portante, de tempérament lymphatique-sanguin, n'avait pas été réglée depuis neuf semaines, quand elle fut atteinte d'ophthalmie de l'œil gauche le 1er mai 1833. Le 22 du même mois, elle était dans l'état suivant : opacité peu intense des deux tiers inférieurs de la cornée, diminuant graduellement de bas en haut; léger épaississement de la conjonctive cornéale partout où existe l'opacité. Toute la partie inférieure de la sclérotique est d'un rouge vif; quelques un des vaisseaux injectés s'avancent sur la cornée à laquelle ils communiquent, partiellement, une teinte rosée. Trouble de la vue, photophobie ; douleur dans le côté gauche de la tête, et particulièrement dans la tempe. Congestion sanguine de la face.

La malade étant sous l'influence de la pléthore, je pratiquai, à peu de distance, deux saignées de bras, et l'on fit successivement trois applications de sangsues, l'une de quinze aux cuisses, les deux autres, moins fortes, à la paupière inférieure et leur effet fut secondé, les jours suivans, par des révulsifs sur le tube intestinal; néanmoins les symptômes s'agravèrent. Le 13 juin la cornée était plus opaque et rougeâtre dans la moitié inférieure, qui était parcourue par des vaisseaux plus nombreux et plus gros. La conjonctive continuait de s'épaissir, et la vue était presque abolie dans l'œil affecté.

Le visage étant toujours injecté, je fis une troisième saignée, et j'appliquai un séton à la nuque. Cette médication parut décider la résolution de la kératite, les symptômes se dissipaient peu-à-peu, lorsqu'une recrudescence se manifesta dans le tiers supérieur de la cornée, et retarda quelque temps la cure de la partie inférieure. Enfin une quatrième saignée mit fin à la congestion active de la tête, et Renée Cailleau guérit après 65 jours de maladie. Le 6 juillet, la cornée offrait encore, dans une grande partie de son étendue, un aspect tomenteux à sa superficie, mais les vaisseaux rouges étaient complétement disparus.

Cette observation offre un exemple d'inflammation de l'œil par suite de la suppression des règles. Je ne m'arrêterai pas sur ce fait qu'on rencontre souvent dans la pratique, j'appellerai plutôt votre attention sur les phénomènes propres de la kératite chronique. Lorsque la malade vint me consulter, le 22 mai, on n'apercevait encore sur la cornée qu'un petit nombre de vaisseaux fins ; dans le progrès du mal, ils se multiplièrent et leur calibre dilaté recevant plus de sang, la couleur de cette membrane revêtit une teinte rouge. On put observer en même temps que les lames superficielles de la cornée perdaient de plus en plus leur transparence, par l'infiltration, entre elles, d'une substance blanchâtre, et que la conjonctive, en particulier, s'épaississait comme si elle se fût hypertrophiée. Ces lésions, qui s'étaient développées sous l'influence de l'irritation, se dissipèrent peu-à-peu avec elle, et tout rentra dans l'état naturel. Tels sont les effets de l'inflammation de la cornée, au premier degré mais elle ne suit pas toujours la même marche.

Obs. IIe. — *Kératite chronique au premier degré, qui débute par l'obscurcissement de la cornée. Iritis légère. Durée : trois mois et demi.* — François Chauveau, cultivateur, de Grillé (arrondissement de Saumur,) 43 ans, s'aperçut dans les premiers jours de septembre 1833, que la vue se troublait dans son œil gauche ; l'obscurcissement augmenta graduellement, jusque vers la fin du même mois. Ceux qui l'examinaient, dit-il, et lui-même en se servant d'un miroir, s'apercevaient très-bien que la cornée était brouillée, mais aucune rougeur ne s'était manifestée dans l'œil jusqu'au vingt-cinquième jour de l'invasion. Alors l'œil commença à rougir, et l'inflammation fit des progrès, car le malade ressentit en même temps des picotemens avec larmoiement peu abondant et une douleur sourde dans la tempe gauche. L'air et la lumière n'incommodaient pas Chauveau, de sorte qu'il continuait ses travaux. La maladie resta à peu près stationnaire jusqu'au 20 octobre (quoiqu'on eût pratiqué une saignée), époque à laquelle je pus l'observer ; voici son état : la cornée est obscurcie et terne dans toute son étendue, mais surtout à son centre où l'on aperçoit une tache blanche d'une demi ligne, et qui résulte d'une infiltration de matière blanche dans l'épaisseur de la conjonctive et dans le tissu cellulaire serré qui l'unit à la cornée ; le reste de sa surface est d'un gris floconneux, caillebotté, comme l'eau chargée de savon qui n'est pas bien dissous. Autour de son limbe est une auréole d'un rouge livide, formée par des vaisseaux très-déliés et nombreux, qui se pressent et s'anastomosent entre eux. L'auréole anticipe à peine sur la circonférence de la cornée, excepté vers le haut, d'où partent deux ou trois vaisseaux qui s'avancent sur elle et dont un parvient jusque près de son centre. Un certain nombre de vaisseaux plus gros rampent, et forment sur la sclérotique des arborisations dont les terminaisons se jettent dans l'auréole vasculaire de la cornée. Quoique assez forte, l'opacité de cette membrane permet encore d'apercevoir l'iris ; sa couleur est altérée et terne ; la pupille est rétrécie, et obscurcie comme si la chambre antérieure était remplie de fumée. Chauveau voit à peine de son œil gauche, cependant il distingue ses doigts, quand il les place de côté, vers la tempe (Saignée de bras, collyre émollient, bains de pieds. Les jours suivans on fera deux

applications de six sangsues à la paupière inférieure, et des frictions sur la nuque, avec la pommade émétisée). Chauveau s'en retourne à Grésillé.

Le 30, l'œil était à-peu-près dans le même état. (3me application de sangsues autour de l'œil, révulsifs sur le tube digestif). Chauveau repartit, bien que je lui donnasse le conseil de rester à Angers. Je le perdis alors de vue et ne croyais plus devoir en entendre parler, lorsqu'il revint me trouver le 9 décembre. Depuis sa dernière visite, il y avait eu des alternatives de bien et de mal, l'œil était plus ou moins rouge, et la vue plus ou moins abolie. Une recrudescence, qui s'était déclarée depuis quelques jours, l'avait décidé à recourir à de nouveaux avis. Je fis entrer Chauveau à l'Hôtel-Dieu, où je lui continuai mes soins.

Le 10, soit que la surexcitation de l'œil se dissipât d'elle-même, comme cela s'observe souvent, soit que cet organe se trouvât mieux d'un jour et d'un air moins vifs, il y avait déjà de l'amélioration, et l'on n'usa que de moyens simples; le malade se crut guéri; mais le 14, l'inflammation reprend plus d'intensité, la cornée redevient lactescente, et les douleurs de la tempe et du sourcil reparaissent. On pratique une saignée de bras, et le lendemain on applique six sangsues au-dessous de l'œil et un vésicatoire à la nuque. L'effet de cette médication se fit sentir presqu'aussitôt, et l'état de l'œil redevint meilleur.

Le 18, Chauveau, ennuyé du séjour de l'hôpital, sortit conservant encore un trouble de la cornée et un cercle rougeâtre autour du limbe de cette membrane.

Rien de plus ordinaire dans la kératite chronique que ces alternatives de mieux et de pire que nous avons observées chez Chauveau. Je ne crois pas que l'on voie jamais cette phlegmasie suivre une marche uniformément continue. Le moment où le malade croit toucher à sa guérison est souvent celui où une recrudescence, que rien n'explique, se déclare; de sorte qu'on peut dire que, analogue aux affections rémittentes, elle se compose d'une suite de rémissions et d'exacerbations qui n'ont rien de régulier dans leurs successions. Vous remarquerez de même une ressemblance entre la marche de la kératite chronique et celle de l'ophthalmie scrofuleuse; mais on ne peut conclure de là à l'identité de leur nature, car bien que la kératite chronique s'observe fréquemment chez les sujets scrofuleux ou d'un tempérament lymphatique, elle ne laisse pas de sévir sur des individus qui n'offrent aucun des caractères de ces constitutions.

Mais ce qu'il m'importe le plus de faire observer, dans le cas de Chauveau, c'est l'opacité de la cornée existant depuis vingt-cinq jours environ, avant que la rougeur du blanc de l'œil se manifestât. Cette particularité très-rare démontre, contre l'opinion que j'ai émise en traitant de la kératite aiguë (*Arch. gén. de méd.*, tom. 3), que l'inflammation peut débuter par la cornée, et y être circonscrite pendant un certain temps, avant de se montrer dans la conjonctive ou la sclérotique. J'ai rencontré, une fois, une autre espèce d'opacité de la cornée, que je considère comme une autre variété de son inflammation chronique.

Obs. IIIe. *Kératite chronique au premier degré, opacité sablée de la cornée.* — Une fille de 25 à 30 ans, vint me consulter, se plaignant d'un trouble de la vue qui durait depuis long-temps. La cornée était piquetée de gris et pulvérulente, comme si on eût soufflé dessus de la cendre ou de la poussière. Le blanc de l'œil n'offrant aucune rougeur, je touchai, pendant quelque temps, la cornée avec le laudanum de Sydenham, ce qui rétablit sa transparence. Cependant la même opacité reparut plus tard, et cette fois elle était accompagnée d'une coloration rosée de la sclérotique.

Je pourrais rapporter d'autres faits qui se rattachent aussi au premier degré de la kératite chronique, dans lesquels elle se présente sous un aspect différent : tel est le cas où l'on rencontre la conjonctive cornéale très-épaissie avec un développement accidentel de vaisseaux rouges qui lui donnent l'apparence d'une sorte de membrane charnue, recouvrant une étendue plus ou moins grande de la cornée; mais je crois avoir insisté suffisamment sur le premier degré de cette phlegmasie, et je passe aux phénomènes du deuxième degré.

Obs. IVe. *Opacité avec changement de forme de la cornée; dépôts inter-lamellaires d'une matière blanchâtre. — Kératite au deuxième degré. Durée : plusieurs années.* — Louise Bourgeais, 40 ans, lymphatico-sanguine contracte il y a 8 ans une ophthalmie de l'œil gauche, pendant qu'elle était enceinte. Trois semaines après, cet œil était guéri; mais bientôt l'œil droit s'enflamme à son tour, plus fortement que le premier. Depuis lors, la phlegmasie s'est reproduite un grand nombre de fois, tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre, quelquefois envahissant les deux côtés en même temps, et offrant, à chaque rechute, la plupart des symptômes que je vais vous exposer.

Consécutivement à ces inflammations entées, pour ainsi dire, les unes sur les autres, l'œil gauche était dans l'état suivant le 10 avril 1832 : la cornée est *déformée, conoïde*; et comme si elle eut été pressée en deux sens opposés suivant son diamètre vertical, qui est sensiblement plus petit que le transversal. Sa couleur est nuancée de blanc, de gris et de rouge; sa transparence détruite au point que la vue est abolie de ce côté. Entre les lames de la cornée sont deux petits dépôts de matière concrète, d'un blanc sale, dont l'un est mêlé au tissu cornéal ramolli dans ce point. La conjonctive, tomenteuse, épaissie, est infiltrée de la même matière dans toute son étendue. La sclérotique présente partout, et principalement en bas, des vaisseaux dilatés qui s'avancent vers la cornée, et qui, arrivés à peu de distance de son limbe, se divisent un grand nombre de fois, s'anastomosent, et forment ainsi une zône rouge qui embrasse la cornée dans toute sa circonférence. Cette espèce de bandeau vasculaire, de deux lignes environ de largeur dans la plus grande partie de son étendue, plus large en bas, partie qui répond à une altération plus profonde de la cornée, reçoit par son bord externe, les vaisseaux qui, comme il a été dit, rampent sur la sclérotique, tandis que de son bord interne, qui anticipe un peu sur le limbe de la cornée, sortent d'autres vaisseaux plus fins qui glissent sous son tégument, et parviennent jusque près de son centre. La malade se plaint d'élancemens ou plutôt de picotemens dans l'œil, qui reviennent par intervalles, d'un

sentiment pénible qu'elle compare à celui que produirait un grain de sable engagé sous la paupière supérieure ; elle supporte avec peine la lumière, et souffre dans tout le côté gauche de la tête (Séton à la nuque, collyre opiacé, révulsifs sur les intestins.)

Dès que la suppuration du séton fut bien établie, un mieux sensible se manifesta : rougeur moins vive de l'œil, diminution des douleurs, sommeil meilleur : la vue parut même s'éclaircir un peu.

Le 20, l'irritation de l'œil étant bien affaiblie, je pratiquai l'excision de la conjonctive et des vaisseaux, dans la presque totalité de la circonférence de la cornée. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident.

Le 12 mai, l'effet du traitement est peu sensible sur l'opacité de la cornée, depuis trois semaines (Collyre résolutif).

Le 26, la malade s'expose à un courant d'air vif, l'ophthalmie chronique passe à l'état aigu (Saignée de bras ; collyre émollient).

Le 6 juin, la kératite est revenue à son premier état. L'opacité et la rougeur de la cornée se dissipent, la vue se rétablit. (Collyre résolutif, pommade d'oxyde rouge de mercure et de calomélas ; le séton suppure bien).

Le 10 août, il n'y a plus de symptômes d'irritation ; la conjonctive cornéale est revenue presque à sa minceur naturelle ; les vaisseaux qui rampaient sur elle ont disparu, et la cornée n'offre plus aucune nuance de rouge ; la matière concrète qui l'infiltrait s'est dissipée en grande partie, et l'on ne voit aujourd'hui que des taies peu épaisses, disséminées çà et là. La cornée conserve sa *conicité* ; la malade commence à travailler à la couture (Collyre sec).

24 novembre ; les taies sont à peine sensibles, la vue se rétablit de plus en plus, mais l'œil gauche est devenu myope, par suite du changement qui s'est opéré dans la figure de la cornée. Il est vraisemblable que cette membrane conservera sa forme vicieuse ; car ayant eu l'occasion de revoir Louise Bourgeais long-temps après, l'état de l'œil était le même, quoique la transparence de la cornée fut presque aussi nette que dans l'état naturel.

Les signes locaux de la kératite chronique dont je vous ai déjà entretenus, sont, dans l'observation de Louise Bourgeais, beaucoup plus prononcés que dans celles qui précèdent. Ainsi, l'opacité ne consiste plus seulement dans un état floconneux et faiblement lactescent de la cornée, la matière concrète infiltre de toutes parts cette membrane, y forme même des espèces de foyers, et détruit complétement sa transparence ; la conjonctive est beaucoup plus épaisse, et les vaisseaux qui injectent le tissu cornéal sont assez nombreux pour lui communiquer une teinte rouge assez forte. Cependant ces lésions plus profondes ne constitueraient point, je pense, un autre degré de la kératite, si elles ne coïncidaient pas avec une autre altération non moins remarquable que nous venons de rencontrer pour la première fois : je veux parler du changement de forme de la cornée. Ce nouveau signe nous indique que l'inflammation, dans ce cas, ne borne plus ses effets à la dilatation des vaisseaux de la cornée par le sang, et à une sécrétion accidentelle de matière blanche dans son épaisseur, mais qu'elle attaque le tissu lui-même de cette membrane, et qu'elle lui fait subir une modification importante. J'examinerai en quoi consiste cette lésion ; mais avant je crois qu'elle mérite que je ne me borne pas au seul fait que je vous ai rapporté ; c'est pourquoi je vais consigner ici une autre observation dans laquelle les caractères du deuxième degré de la kératite sont encore plus tranchés.

Obs. V^e. *Ophthalmie scrofuleuse, kératite chronique au deuxième degré : altération de la forme, de la couleur et de l'épaisseur de la cornée. Durée : 28 mois.* — Marie Gilard, 20 ans, scrofuleuse, demeurant à la Pouëze, (Maine-et-Loire) était affectée depuis dix mois d'ophthalmie dont l'invasion avait coïncidé avec la suppression d'un écoulement peu abondant de l'oreille droite. La maladie avait suivi sa marche ordinaire, c'est-à-dire qu'elle avait présenté un certain nombre de surexcitations passagères, entre lesquelles les yeux n'avaient jamais été exempts d'irritation. Les paupières, des deux côtés, la supérieure surtout, avait acquis un excès de longueur tel qu'elle recouvrait en grande partie l'inférieur à la manière d'une valvule ; son épaisseur était accrue en proportion. La conjonctive d'un rouge vif et fongueuse, sécrétait une chassie épaisse et abondante qui s'attachait aux cils en se concrétant.

État de l'œil droit le 20 février 1831 : cet œil, très-sensible au jour, ne peut être examiné qu'en usant des précautions usitées en pareil cas. La cornée plus saillante a revêtu la forme d'un cône obtus dont le sommet répond au-dessous de son centre ; sa couleur offre un mélange de gris sale et de rouge, qui semble se fondre dans un fond noir que forme l'iris ; la couleur rouge, produite par l'injection des vaisseaux de la cornée, occupe d'une part toute la moitié inférieure de cette membrane, de l'autre la périphérie de la moitié supérieure, c'est-à-dire, plus des deux tiers de sa surface ; le reste est d'un gris très-légèrement rougeâtre. Toute la conjonctive cornéale est au moins quadruplée d'épaisseur, et principalement là où la rougeur est plus prononcée ; on dirait d'un lambeau de muqueuse intestinale étendu sur la cornée, qui est comme fongueuse et inégale. La conjonctive sclérotidienne offre, aux environs, les mêmes accidens de couleur et d'épaisseur, ce qui masque tout-à-fait ses limites avec la cornée ; les vaisseaux sous-conjonctivaux, ramifiés dans le tissu cellulaire hypertrophié, forment autour de celle-ci la zône rouge dont j'ai parlé dans l'observation de Louise Bourgeais, mais elle est mal dessinée à la partie inférieure, où elle se confond avec une rougeur qui occupe tout le bas de la sclérotique. Dans le reste du globe de l'œil, cette dernière membrane apparait jaunâtre et sale dans les intervalles des vaisseaux qui rampent à sa surface. Perte de la vue, seulement cet œil distingue le jour des ténèbres ; douleurs lancinantes qui se répètent plus sourdement dans le sourcil et la tempe du même côté. Il y a de la chaleur dans la région oculaire, cependant l'irritation n'est pas forte.

J'avais peu d'espoir de guérir cette fille, cependant je voulus savoir ce que produirait un traitement long et énergique (Tisane de houblon avec addition de sirop de gentiane ; large séton à la nuque ; révulsifs, par intervalle, sur le tube intestinal).

Au bout de deux mois, l'état de l'œil était assez satisfai-

sant ; la rougeur de la cornée avait disparu en partie ; la conjonctive était moins épaisse et la cornée moins saillante. Néanmoins la forme de cette membrane était toujours conique, avec cette différence que sa base était légèrement applatie suivant son diamètre vertical. Marie n'accusait plus de douleurs dans l'œil ni aux environs. Enfin, l'inflammation était si faible qu'il s'agissait moins, dès-lors, de la combattre que de détruire ses effets, qui paralysaient la vision (Excision de la conjonctive et des vaisseaux dilatés, tout autour de la cornée ; du reste même traitement).

Quelques jours après l'opération la malade partit pour la Fouëze, et je n'entendis plus parler d'elle pendant dix mois. Quelqu'un m'ayant appris qu'elle était beaucoup mieux, je lui mandai de revenir à Angers, ce qu'elle fit le 28 février 1832, précisément un an après sa première visite. Les changemens qui s'étaient opérés dans la cornée étaient vraiment surprenans : sa saillie avait encore diminué, et elle semblait moins conique ; sa couleur rouge accidentelle s'était dissipée et sa transparence assez bien rétablie pour que Marie pût distinguer tous les objets. La conjonctive cornéale était, pour ainsi dire, revenue à sa minceur naturelle. La zône vasculaire était beaucoup plus pâle et moins large ; elle anticipait encore sur le limbe de la cornée ; mais les vaisseaux rouges qui s'en échappaient pour se porter sur cette membrane s'étaient presque tous dissipés, et c'était à l'aide de la loupe seulement qu'on en apercevait de très-fins qui étaient trop peu nombreux pour altérer sa couleur ; une deuxième excision des vaisseaux et de la conjonctive autour de la cornée, fut pratiquée, et Marie Gilard s'en retourna encore chez elle.

Le 9 mai, elle revint à Angers. L'opacité de la cornée avait encore diminué notablement ; sa couleur était opaline dans toute la partie centrale, et sa circonférence grisâtre. La zône vasculaire était peu apparente, excepté en dedans et en dehors où l'on apercevait encore deux faisceaux de vaisseaux que je crus devoir exciser.

Le 17 août, la cornée est encore floconneuse ; on observe que tandis que sa partie moyenne continue de s'éclaircir, sa circonférence devient au contraire plus opaque. La vue s'est rétablie, et Marie s'occupe de divers travaux (Pommade avec l'oxyde rouge de mercure et le calomélas incorporés à l'axonge, pour combattre un reste d'engorgement des paupières ; collyre sec de Dupuytren). Le séton fournit toujours beaucoup de pus.

Le 20 octobre 1832, Marie Gilard ayant eu occasion de revenir à Angers, vint me faire voir son œil. La cornée avait recouvré son brillant naturel ; sa circonférence offre un cercle gris-blanc, ressemblant assez bien au cercle sénile. Le reste, si l'on excepte un léger nuage qui descend en mourant de la partie supérieure vers le centre, a repris à-peu-près sa transparence normale. La vue n'est point cependant aussi nette que dans l'état naturel, et l'œil est devenu myope. Il ne reste aucun symptôme de kératite. Je ferai la remarque, en terminant cette observation, que dans ce cas, comme dans celui de Louise Bourgeais, il n'y a pas eu de recrudescence de l'inflammation depuis l'excision des vaisseaux et de la conjonctive autour de la cornée.

Je crois avoir, pour le présent, insisté suffisamment sur les faits, et avoir donné une idée à-peu-près complète de la kératite chronique. Je vais passer en revue maintenant chacun de ses symptômes locaux.

L'existence de vaisseaux rouges dans la cornée, est, pour ainsi dire, un caractère spécial de le kératite chronique ; il est extrêmement rare qu'on ne l'y rencontre pas. Au contraire, il manque presque toujours dans la kératite aiguë ; encore s'y montre-t-il ordinairement dans des circonstances qui peuvent, avec plus de raison, le faire considérer comme l'effet d'une irritation chronique. C'est, en effet, chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux qu'on l'observe ; c'est-à-dire, chez des individus dont les yeux irritables sont incessamment sous le coup d'une inflammation qui s'est déjà produite un plus ou moins grand nombre de fois ; alors une phlegmasie de quelques jours suffit pour faire arriver le sang dans les vaisseaux de la cornée, ce qui n'a pas lieu dans la grande majorité des cas de kératite aiguë. Dans des circonstances ordinaires, il faut toujours un certain temps pour que la partie colorée du sang pénètre dans des vaisseaux qui, naturellement, ne reçoivent que sa partie lymphatique et la plus ténue ; les vaisseaux de la cornée ne se dilatent pas avec tant de facilité. Une autre cause que nous allons signaler tout à l'heure, contribue d'ailleurs à retarder ce passage.

La kératite chronique étant partielle ou totale, le nombre des vaisseaux engorgés de sang est proportionnel à l'étendue et au degré de la phlegmasie. Dans le premier degré, ils sont en général peu nombreux, écartés les uns des autres, et proviennent toujours des parties de la sclérotique les plus rapprochées de la lésion de la cornée. Ils s'avancent plus ou moins loin sur elle quelquefois jusqu'au centre. Mais ce qui est surtout remarquable, c'est que quand le siége de l'inflammation est circonscrit dans un point éloigné de la circonférence, un ou deux vaisseau traversent les parties saines de la cornée sans se diviser, et arrivent jusqu'à la partie malade. Dans le deuxième degré, la lésion étant plus profonde, les vaisseaux injectés sont plus multipliés, et souvent au point qu'ils se touchent par le côté. Leur réunion forme des plaques ou nappes vasculaires qui changent en rouge la couleur de la cornée. Les parties envahies sont fongueuses, et comme si des bourgeons sanguins commençaient à se développer sur elles.

La disposition particulière des vaisseaux qui rampent sur la sclérotique, quand la cornée est enflammée, mérite qu'on s'y arrête. Arrivés près du limbe de cette membrane, ils se divisent un grand nombre de fois, s'anastomosent et s'entrelacent, pour ainsi dire, de manière à former une zone rouge qui l'embrasse par toute sa circonférence. Cette espèce de bandeau, considéré isolément, offre deux bords ; l'un externe, ou sclérotidien, reçoit les vaisseaux du blanc de l'œil qui concourent à le former, comme je l'ai dit ; l'autre, cornéal ou interne, d'où partent des vaisseaux plus petits qui s'avancent vers la cornée. il suit de là que les vaisseaux qui se portent dans l'épaisseur de celle-ci n'y arrivent qu'après avoir traversé l'espèce de plexus sanguin que la zone représente, et qui se trouve intermédiaire à ceux qui y arrivent et à ceux qui en partent. J'insiste d'autant plus sur cette disposition, que personne à ma connaissance ne l'a bien décrite, et qu'elle est constante dans la kératite, soit aiguë, soit chronique. On ne peut confondre

la zone que je décris, avec celle que les Anglais, et en particulier B. Travers, ont indiquée comme un signe de la sclérotite. *Le plexus sanguin*, que j'appellerai *cornéal*, résulte des anastomoses des vaisseaux gros et tortueux qui rampent dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, et dont la mobilité permet au doigt qui les pousse de les déplacer à volonté. La zone *sclérotidienne*, au contraire, est formée par les vaisseaux fins et droits du plan profond qui se distribuent principalement à la sclérotique. L'un imite assez bien un anneau rutilant qui enchâsse, pour ainsi dire, la cornée; l'autre, livide ou violâtre, ressemble au disque d'une fleur radiée, et n'offre point d'anastomoses apparentes. Enfin l'un anticipe sur le bord de la cornée, tandis que l'autre en est séparé par un petit espace blanchâtre où l'on aperçoit la sclérotique à découvert entre lui et la cornée.

L'existence, autour de la cornée, d'un plexus vasculaire que l'état pathologique seul nous révèle, est cette autre cause dont je parlais tout à l'heure, qui s'oppose à ce que les vaisseaux blancs de la cornée soient promptement envahis par la partie colorée du sang. On conçoit les inconvéniens de cette injection sanguine par rapport à la fonction départie à la cornée, et l'on peut, ce me semble, la considérer comme une prévision de la nature qui a voulu que ce sang, appelé par l'irritation, rencontrât une barrière qui pût protéger la cornée. Le plexus cornéal est moins vif et plus large dans l'état chronique que dans l'aigu. Dans celui-ci il ne fournit point ordinairement de vaisseaux par son bord interne.

L'opacité de la cornée est un symptôme commun aux deux états de la kératite. Dans l'état aigu, on observe une opacité diffuse, une sorte de brouillard, ou bien des taches légères, mal circonscrites, qui ne détruisent pas complétement la diaphanéité de la cornée, et se dissipent peu de temps après que la phlogose a cessé. Dans l'état chronique, l'opacité est en général beaucoup plus marquée, ne s'efface qu'après un traitement plus ou moins long, et s'oppose à l'exercice de la vue, surtout dans le second degré de la maladie. L'opacité résulte d'une exhalation ou sécrétion de matière qui infiltre le tissu de la cornée ou s'accumule soit entre ses lames, soit sous son tégument, en manière de dépôt. C'est cette matière qui, accumulée en quantité variable, détermine les degrés divers d'épaississement que la cornée offre dans la phlegmasie chronique. Sa consistance paraît être celle d'une substance concrète; sa couleur blanche ou blanchâtre paraît souvent grise, sale ou rougeâtre, à cause des vaisseaux qui s'étendent dans la cornée. D'autres fois elle revêt une teinte jaunâtre. Alors elle est plus ou moins circonscrite, et semble se rapprocher de la nature du pus, d'autant que cette couleur coïncide avec une plus grande intensité de l'inflammation.

La matière des opacités, on n'en peut douter, est exhalée par les vaisseaux de la cornée. Mais est-il nécessaire, pour que ce phénomène ait lieu, que ces vaisseaux aient été envahis par le cruor du sang, ou autrement, comme le dit M. Sanson (art. *Kératite* du *Dictionn. de Méd. prat.*), l'existence de vaisseaux rouges dans la cornée précède-t-elle toujours l'opacité de cette membrane? Non, assurément. D'abord rien de plus fréquent que des opacités de la cornée dans l'état aigu de son inflammation, sans cette injection vasculaire; et quant à l'état chronique de sa phlegmasie, la présence des vaisseaux, quoiqu'elle soit presque constante, n'est pas rigoureusement nécessaire, comme le démontrent les observations 2me et 3me. L'auteur que je viens de citer, dont l'autorité en ophthalmologie ne peut être déclinée, ne disconvient pas qu'il est des cas où l'on n'aperçoit pas de vaisseaux, même à la loupe, mais alors il suppose que leur ténuité les dérobe à l'observation.

Un des symptômes les plus caractéristiques de la kératite chronique, est le changement de forme qui se manifeste dans la cornée. Il n'est pas douteux pour moi que ce phénomène remarquable est la conséquence d'une diminution de la cohésion des molécules organiques de la cornée, qui perd sa résistance, et cède peu-à-peu à la pression des humeurs de l'œil, dans une étendue variable de sa surface. La lésion que je vous signale diffère moins par sa nature que par sa forme, du ramollissement qui constitue la seconde période de la kératite aigue; c'est, à proprement parler, un degré moins avancé d'une même altération organique. En effet, dans l'inflammation aigue de la cornée, le tissu phlogosé se réduit en une sorte de pulpe ou de gelée entièrement privée de vie, et qu'éliminent prochainement l'absorption ou le mouvement des paupières. Dans la kératite chronique, l'atteinte portée au tissu ne va pas jusqu'à le désorganiser; elle agit de manière à en affaiblir la trame, mais les molécules organisées ne sont point frappées de mort; elles peuvent recouvrer leur cohésion naturelle, quand la cause qui l'avait atténuée a cessé d'exister

Je crois qu'on peut conclure de ce qui précède, qu'il existe deux variétés de ramollissement de la cornée, l'un aigu, l'autre chronique. J'attache de l'importance à cette distinction, car c'est de la connaissance du ramollissement chronique que se tire en grande partie l'explication du mécanisme du staphylôme, comme je le démontrerai dans un autre travail.

La figure accidentelle que revêt la cornée, est presque toujours celle d'un cône obtus. Cela résulte, je pense, de ce que l'affaiblissement du tissu se faisant lentement et d'une manière inégale dans différens points, aussitôt que l'un d'eux ne peut plus contrebalancer l'effort que font *à tergo* l'humeur aqueuse et le corps vitré qui eux-mêmes sont poussés en avant par suite de la rétractilité de la sclérotique, ce point doit se porter le premier en avant, et entraîner après lui les points qui l'environnent, à mesure qu'ils se trouvent dans les mêmes conditions de relâchement. J'ai remarqué aussi que le sommet du cône occupe constamment un point plus ou moins rapproché du centre de la cornée. Est-ce donc que cette partie a plus de tendance à se ramollir parce qu'elle est plus éloignée du centre circulatoire? Quoi qu'il en soit, vous remarquerez ici une analogie entre la cornée et les tissus de l'économie qui, comme les cartilages, ne reçoivent point la partie colorante du sang, et dont le ramollisement est un phénomène assez ordinaire, quand ils sont en proie à l'inflammation.

J'ai dit que la figure nouvelle que revêt assez fréquemment la cornée dans son inflammation chronique est celle d'un cône; cependant elle revêt quelquefois une autre forme.

Obs. VIe. — *Kératite au deuxième degré, amincisse-*

ment et élargissement de la cornée qui devient plus convexe. — Une jeune fille de 13 ans, de tempérament très-lymphatique, souffrait depuis long-temps d'une ophthalmie de l'œil droit, quand elle vint me consulter le 28 septembre 1830. La cornée, sensiblement plus large et plus convexe que celle de l'œil gauche, avait perdu de son poli naturel, était en même temps plus mince et plus molle, ce que je constatai en exerçant alternativement une pression sur les deux yeux, à l'aide d'un stilet boutonné. On apercevait dans son épaisseur, deux petits *dépôts de matière d'un blanc sale et jaunâtre*, qui ne soulevaient pas ses lames superficielles. Des vaisseaux très-nombreux parcouraient la cornée et lui communiquaient une couleur d'un rouge-blafard. Les deux yeux étaient d'un volume égal. La vue était perdue du côté affecté.

Ainsi, la cornée était tout à la fois plus *large, plus convexe et plus mince*, sans qu'on pût dire pour cela que c'était un staphylôme, car le volume de l'œil n'était pas changé : on ne peut admettre qu'il existait en même temps une hypercrinie de ses humeurs.

Si je ne m'apercevais que j'ai donné déjà trop d'extension, peut-être, à cette lettre, je vous aurais rapporté dans ses détails, une observation qui offre, je pense, une variété remarquable de kératite chronique. C'est celle d'un homme qui, affecté de trichiasis depuis sa première enfance, présentait une altération de la conjontive telle que la cornée semblait recouverte d'une peau d'un blanc sale et vraiment desséchée. Sa surface était comme hérissée de petites squammes à demi-détachées et qui paraissaient à la veille de s'exfolier tout-à-fait. Chez cet individu, les paupières écartées par des cicatrices, suite de brûlures, ne touchaient plus le globe de l'œil, qui n'était plus humecté par les larmes.

Cette exfoliation lamelleuse, imitant jusqu'à un certain point la disposition des écailles, ne s'est jamais présentée deux fois à mon observation, et je crois pouvoir en inférer que ce cas est très-rare. Il n'y a aucun rapprochement à faire entre elle et la chute des lambeaux de conjonctive qu'on observe dans la kératite aiguë, et qui, d'abord séparés de la cornée par le ramollisement de ses couches superficielles, tombent à la manière des escarres.

J'ai passé en revue la symptomatologie locale de la kératite : je ne dirai qu'un mot d'un symptôme sympathique que j'ai toujours rencontré dans la kératite ; c'est une douleur située dans la tempe, du côté de l'œil malade, et qui souvent s'irradie dans les divisions du nerf trifacial.

Quoique j'aie traité longuement, soit dans le premier travail que j'ai cité en commençant, soit dans celui-ci, de l'inflammation de la cornée, je crois devoir, pour rendre son histoire plus complète rapporter encore une observation qui vous offrira un cas de kératite sur-aigue entée sur une kératite chronique, et qui mettra dans tout leur jour les diverses altérations que j'ai décrites précédemment. C'est de l'œil gauche de Marie Gilard, qu'il va être question.

Obs. VIIe. — *Kératite chronique revenue à l'état aigu, ramolissement pultacé de la cornée, destruction de la conjonctive cornéale qui se régénère ensuite.* — Au mois de février 1830, lorsque je vis la malade pour la première fois, les deux yeux étaient le siége d'une inflammation qui, s'étant montrée beaucoup plus forte dans l'œil gauche, constituait un état aigu enté sur un état chronique. Voici l'état de cet œil le 28 du même mois : la cornée est nuancée de diverses couleurs qui lui donnent l'aspect de la coupe d'un morceau de savon, si l'on suppose un peu de rouge mêlé à celui-ci ; elle est plus saillante que dans l'état naturel ; sa surface est partout inégale et bosselée ; son tissu gonflé, fongueux, ramolli, la conjonctive, détruite en bas, dans l'étendue de deux lignes, laisse à découvert une surface rouge formée par les vaisseaux qui pénètrent dans la cornée. Cet œil distingue encore le jour des ténèbres.

6 mars ; il était difficile de décider, lorsque je décrivis l'état qui précède, si la cornée avait éprouvé un relâchement dans toute son épaisseur, une vraie procidence, ou si les bosselures qu'on observait à sa surface étaient le résultat d'une sorte de boursouflement de son tissu. Aujourd'hui il est constant que ces deux états existaient réunis ; mais depuis, ils ont subi en sens opposé des modifications remarquables : ainsi la procidence de la cornée qui, le 28 février, était peu marquée, a fait des progrès sensibles, tandis que les saillies qui étaient dues à la raréfaction des couches superficielles se sont dissipées. Ces changemens résultent ; 1° de l'extension du ramollissement à des lames plus profondes de la cornée ; 2° de la chute d'une grande portion de la conjonctive et d'une couche de matière blanchâtre, épaisse de plus d'une demi-ligne, interposée entre elle et la cornée. Cette substance ramollie et comme pultacée, en se détachant de l'œil, a laissé à nu les deux tiers environ du tissu propre de la cornée que recouvrent cependant encore des vaisseaux rouges si nombreux, qu'ils forment une sorte de toile vasculaire analogue à la choroïde.

Le 10 mars ; la partie inférieure de la cornée, très-amincie par les progrès du ramollissement, s'est relâchée plus que le reste, et forme une protubérance partielle dans la concavité de laquelle s'est précipité l'iris. Les vaisseaux de la cornée ne sont plus à nu, une couche de lymphe coagulable les recouvre sans les dérober à la vue à cause de sa transparence.

Le 26 mars, la saillie plus marquée de la partie inférieure de la cornée est revenue à-peu-près au niveau des autres points. La lymphe, versée à la surface de cette membrane, s'est organisée, a perdu une partie de sa transparence, et masque jusqu'à un certain point les vaisseaux. La conjonctive semble se rétablir (Excision des vaisseaux et de la conjonctive autour de la cornée).

Tel était l'état de cet œil lorsque Marie Gilard partit pour son pays. A son retour à Angers, dix mois après, la cornée avait recouvré en partie sa transparence, et son tégument conjonctival s'était regénéré complétement.

Les circonstances de cette observation peuvent se résumer ainsi : kératite chronique avec épaississement de la cornée ; violente recrudescence qui entraîne le ramollissement des lames superficielles et de la couche de matière blanche déposée à sa surface, ainsi que l'exfoliation de la conjonctive ; procidence partielle de la cornée ; exhalation de lymphe coagulable à sa surface, retrait de la procidence, organisation de la lymphe plastique et régénération de la conjonctive. Elle démontre : 1° que l'exhalation de matière blanche, qui a lieu dans la kératite chronique, se fait entre la conjonctive et la cornée, et que c'est sa quantité variable qui détermine prin-

cipalement le degré d'épaississement de la cornée. 2° que c'est également entre ces deux membranes que sont situés les vaisseaux rouges. 3° que la cornée amincie par suite de ramollissement de ses lames superficielles peut recouvrer son épaisseur. 4° que la conjonctive de la cornée peut se reproduire quand elle a été détruite. La régénération de la conjonctive, que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois, est un fait très-remarquable; il prouve, selon moi, que cette membrane remplit à l'égard de la cornée le même office que l'épiderme pour la peau, et ce qui confirme cette analogie, c'est que, quand la mue a lieu chez les serpens, la cuticule se sépare des yeux comme des autres parties de l'animal. (1)

Je terminerai cette lettre par quelques observations sur le traitement de la kératite chronique. Si l'on considère les résultats surprenans obtenus du traitement de l'œil droit de Marie Gilard, on conviendra qu'il est peu de cas de cette phlegmasie dont on doive désespérer. Je ne nierai pas l'influence du séton, des amers et des dérivatifs sur cette cure; mais je suis persuadé que seuls ils eussent été impuissans à dissiper des lésions si profondes. C'est à l'excision, trois fois répétée autour de la cornée, que je rapporte la plus grande partie des effets que j'ai obtenus, et cette opinion s'étaie non-seulement des autres faits que je vous ai rapportés, mais d'un plus grand nombre que j'ai recueillis sur des individus qui ont été soumis à la même médication. En pratiquant des excisions autour de la cornée chroniquement enflammée, on la prive en grande partie des sucs nourriciers qui y arrivent, et cette soustraction est suivie prochainement d'un ramollissement plus ou moins sensible, et de l'absorption de la matière concrète qui s'y est épanchée. Si l'excision a été faite sur toute la circonférence de manière à isoler, de toutes parts, la conjonctive cornéale de la sclérotidienne, et qu'on promène ensuite le tranchant du bistouri dans la solution de continuité pour couper les vaisseaux qui ont échappé aux ciseaux, on produit le ramollissement des lames superficielles de la cornée et de la conjonctive cornéale, qui elles-mêmes sont absorbées. Or, comme ces parties, ainsi que je l'ai fait voir, peuvent se reproduire, on peut ainsi remplacer des parties opaques par d'autres qui ont presque la transparence de l'état naturel. Telle est la théorie du traitement des opacités par l'excision des vaisseaux qui s'y distribuent.

---

(1) On a considéré la conjonctive, de même que les autre muqueuses, comme une continuation de la peau, dont la texture serait seulement un peu modifiée. Dans les poissons et les reptiles, la peau passe directement au-devant de l'œil sans former aucun repli. Chez le *poisson coffre*, la conjonctive est si semblable au reste de la peau, qu'on y voit des lignes qui forment les mêmes compartimens que sur tout le corps de ce poisson. (Cuvier, *Anat. comparée*, tome II, page 393 et 394.)

Chez l'homme, la muqueuse de l'œil s'amincit graduellement en passant des paupières sur la sclérotique, et de celle-ci sur la cornée, de sorte que quand elle est arrivée sur cette dernière membrane elle semble être réduite à son épithélium. C'est la cause qui fait, je pense, que la conjonctive cornéale se reproduit quand elle a été détruite, comme cela a lieu pour l'épithélium de la muqueuse buccale.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE,

Rédigés par M. CHASSAIGNAC, Secrétaire.

NOUVELLE SÉRIE — N.° I.er

Extrait des procès-verbaux des séances de la Société Anatomique.

Présidence de M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier présente une branche artérielle mince et très-longue établissant une communication entre la partie supérieure de l'humérale et la cubitale. Cette disposition anatomique, qui représente une anomalie très-connue dans laquelle l'artère humérale se divise prématurément, peut, suivant la remarque de M. Cruveilhier, être considérée comme une anomalie d'une anomalie.

M. Grisolles présente une luxation en avant de la première phalange du cinquième doigt sur le métacarpien correspondant. Les renseignemens antérieurs manquent au sujet de cette luxation, que plusieurs membres considèrent comme étant un résultat de la déformation des surfaces articulaires par suite d'un affection arthritique.

M. Defrance présente une tumeur blanche de l'articulation du coude, chez une fille de seize ans à qui M. Roux a pratiqué l'amputation du bras. On trouve au milieu du foyer que présente cette tumeur en pleine suppuration, des parcelles osseuses complétement isolées et flottantes. L'une d'elle est formée par l'espèce de cupule épiphysaire dont l'extrémité supérieure du radius est recouverte. La tumeur, dont l'origine remonte à huit ans environ, a donc été une cause de retard dans la soudure de l'épiphyse supérieure qui se réunit d'ordinaire vers la douzième année.

M. Roberti, candidat pour une place d'adjoint, présente un ramollissement des os observé chez une femme qui a présenté des symptômes de paraplégie et une escarre gangréneuse au sacrum. L'examen du squelette a montré dans la totalité des os un état de ramollissement tel qu'ils se courbaient avec une grande facilité, se fracturaient par de légers efforts et pouvaient être divisés par l'instrument tranchant avec la même facilité qu'un cartilage, ainsi qu'on a pu le constater en enlevant la voûte du crâne avec le seul secours du scalpel. Dans la cavité médullaire des os longs dont les parois sont très-amincies, on trouve une matière pulpeuse, molle, rougeâtre, dans laquelle on a cru apercevoir quelques linéamens de matière purulente. Du reste, le tissu osseux, ainsi que la membrane médullaire, présentaient une vascularité remarquable. Le col des fémurs avait complétement disparu, et la tête de l'os était appliquée contre le grand trochanter sur lequel elle était mobile, M. Roberti fait remarquer que la prétendue paraplégie, dont cette femme avait paru atteinte et qu'on avait cru liée à l'escharre du sacrum, n'avait sans doute pas d'autre cause que cet état de destruction du col des fémurs.

Un jour avant la mort la malade se fractura la cuisse. Elle ne présentait aucun amaigrissement, l'examen de tous les organes n'a fait reconnaitre aucune trace d'affection cancéreuse et même aucune autre lésion appréciable. Quelques végétations syphilitiques existaient dans le vagin.

M. Rufz présente un cas d'ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale. Dans cette ankylose, qui paraît voir eu pour origine une chute sur le grand trochanter, la croûte compacte articulaire du fond de la cavité cotyloïde et celle de la tête du fémur ont été totalement détruites, et le tissu spongieux des deux os communique sans aucune ligne de démarcation.

Sur un des tibias du même sujet, M. Rufz a trouvé une exostose large ayant deux lignes d'épaisseur, et siégeant à la partie inférieure et interne de l'os.

Sur le tibia du côté opposé il montre une exostose, faisant un relief de plus d'un demi-pouce dans l'intérieur du canal médullaire; aucune saillie extérieure ne correspondait à cette exostose qui a le volume d'une moitié de petite noix.

M. Fourcade présente l'humérus, l'omoplate et la clavicule d'un sujet qui a succombé par suite d'une tumeur cancéreuse de l'épaule. Les os présentés par M. Fourcade sont recouverts de végétations stalactiformes irrégulières, la tête de l'humérus, d'un volume double de celui qui est naturel est séparée des os. M. A. Bérard élève des doutes sur l'état sarcomateux de ces os qui sont présentés comme tels par M. Fourcade. Celui-ci persiste dans son opinion, se fondant sur ce qu'au milieu des parties molles, on trouvait des lames éparses de matière osseuse semées dans la masse commune.

M. Pouydebat présente un cas de varices anévrymales des veines de l'avant-bras, pour lequel M. Roux a été obligé de recourir à l'amputation du bras, par suite des accidens qui ont succédé à l'application de plusieurs ligatures. Voici l'état de la pièce anatomique; une communication existe entre l'artère brachiale près de sa terminaison et les veines profondes de l'avant-bras, cette communication a lieu par un canal d'environ un pouce de longueur qui se continue en haut avec la veine brachiale profonde. La basilique médiane, sur laquelle avait été pratiquée la saignée qui a été l'origine de cette affection, n'existe plus sur la pièce anatomique : le tronc même de la basilique se termine, à deux ou trois pouces au-dessus du niveau du pli du bras, par une extrémité frangée, inégale, comme déchirée, et on ne peut reconnaitre de quelle manière ce tronc de la basilique se continuait à l'avant-bras. M. Maisonneuve fait remarquer qu'au niveau du lieu où existe la communication de l'artère et de la veine brachiale profonde, on voit un lambeau de veine détaché, qui se continuait probablement avec la basilique.

A un pouce au-dessus de la communication veineuse l'artère est comprise dans une ligature qui renferme le nerf médian.

A trois pouces au-dessus de celle-ci est placée une seconde ligature.

Voici quels sont les renseignemens fournis par M. Pouydebat au sujet de cette pièce anatomique. Une femme, à la suite d'une saignée malheureuse, voit se développer au pli du bras un anévrysme variqueux du volume d'une aveline. M. Roux applique une ligature au-dessus de la tumeur : disparition de la tumeur, mais persistance de varices anévrysmales.

Un an après, nouvelle application de ligature dans le but de saisir l'artère au-dessous de la tumeur et de la comprendre ainsi entre l'ancienne ligature et une nouvelle. Dans cette opération les difficultés qui se présentent font méconnaître le siége précis de la communication veineuse, et la ligature est appliquée au-dessus de la tumeur et très-près d'elle. C'est la ligature que nous avons indiquée comme comprenant le nerf médian. Persistance des varices anévrysmales et du bruissement artériel dans les veines.

Nouvelle ligatures à trois pouces au-dessus de la première. Hémorrhagie 36 heures après la ligature. — Amputation.

M. A. Bérard fait remarquer, au sujet de cette observation, que la méthode de Hunter, comme moyen de guérison des anévrysmes variqueux, est défectueuse, en ce qu'elle permet au sang artériel de revenir dans l'artère par la partie du vaisseau qui est placée au-dessous de la communication anormale, et que le moyen véritablement indiqué est la ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur variqueuse.

M. Mavré présente à la Société un cas de spina-bifida à la région lombaire, chez un enfant qui n'a survécu que quelques jours, et qui n'a pas présenté de convulsion.

M. Hache présente un cas d'apoplexie de la protubérance observé chez un homme de 54 ans qui fut apporté à l'hôpital dans un état de coma, et sur l'état antérieur duquel on ne possède aucun renseignement. Pendant les quelques heures qu'il a encore vécu depuis l'instant où il fut apporté, on a remarqué, eu égard à l'état de la respiration et du pouls, que celui-ci était à 100 et la respiration à 28. L'épanchement sanguin siégeait à peu de profondeur dans la protubérance; il s'était fait jour à la surface et s'était répandu dans le canal rachidien.

M. Bell présente une tumeur encéphaloïde développée dans l'épaisseur de l'hémisphère droit du cerveau, chez un enfant de douze ans. Celui-ci était épileptique, il y avait paralysie du côté droit et amaurose du même côté; il survint une amaurose au côté gauche qui disparut après une saignée. Mais bientôt les phénomènes prirent beaucoup plus d'intensité, et l'enfant mourut subitement. Quelques temps avant la mort on avait observé dans les membres des contractions partielles. La tumeur, après avoir envahi toute l'épaisseur de l'hémisphère commençait à en atteindre la surface, et déjà des adhérences s'étaient établies entre la dure-mère et la surface de l'hémisphère dans le point le plus culminant de la tumeur. A la partie postérieure de la tumeur existait un kyste contenant à-peu-près trois onces de liquide citrin.

M. Reignier présente une tumeur développée dans la fosse moyenne droite de la base du crâne, chez une femme qui était amaurotique depuis quatre ans, et qui avait des douleurs de tête continues et une hébétude très-prononcée du regard. Cette femme ne présentait aucune paralysie la veille de sa mort; elle eut seulement un engourdissement des membres. Cette tumeur était déjà dans un état de ramollissement. Au niveau de la gouttière ethmoïdale droite est une tumeur

fongueuse de la dure-mère qui, après avoir détruit la lame carrée de l'ethoïde, s'était fait jour dans les fosses nasales. Elle avait atteint le plancher, au-dessus duquel elle était suspendue par un pédicule à la manière d'une polype. M. Cruveilhier fait remarquer à quelle erreur de diagnostic aurait pu donner lieu cette circonstance, si la malade, au cas, où elle n'eût pas été plongée dans un état d'insensibilité presque complète, eût fait attention à l'existence de ce corps.

M. Pégot présente une masse tuberculeuse compacte, du volume d'un noix, trouvée dans le cervelet d'un jeune homme de 19 ans. Au milieu de cette substance, qui semble parfaitement homogène, M. Cruveilhier aperçoit de petites paillettes de matière micacée semées çà et là au milieu de la substance. On a remarqué chez le sujet sur lequel a été recueillie cette pièce, une tendance effrénée à la masturbation, et des érections presque continuelles.

M. Caffe donne quelques détails sur l'autopsie du docteur Bennati renversé par un cheval. On a rencontré des fractures multiples tant à la base qu'au sommet du crâne. Les os étaient d'une minceur, d'une fragilité et d'une transparence remarquables. Le cerveau était dans un état d'attrition presque complète.

Au sujet de l'observation de péricardite lue par M. Maisonneuve, M. A. Bérard rappelle le signe de péricardite récemment indiqué avec soin par M. Stokes, de Dublin, et qui consiste dans un bruit de frottement.

M. Montault pense que le signe du craquement ne peut persister dès qu'il existe une certaine quantité de liquide dans le péricarde. M. Beau fait remarquer que c'est surtout au début et avant l'épanchement, quand la séreuse est sèche, comme l'ont indiqué quelques pathologistes, et notamment Marandel, qu'on doit trouver ce signe.

M. Baillarget montre, sur un estomac conservé depuis long-temps dans l'alcool, des taches irrégulières de matière noire. M. Andral pense, d'après l'examen attentif de faits analogues, que cette coloration ne se lie à aucune altération subjacente de l'estomac au-dessous des taches noires. Il démontre pour le cas actuel la vérité de cette assertion.

M. Cruveilhier a vu des cas de coloration noire dans lesquels il y avait érosion de l'estomac dans le champ de la tache, et dans lesquels la coloration, au lieu d'être tangentielle, était imprégnée dans le tissu même de l'estomac.

M. Vernois présente un estomac à la surface interne duquel existent deux tumeurs de nature cancéreuse; l'une d'elles est à l'état d'ulcération et de ramollissement, l'autre est encore à l'état de crudité. — Il présente un autre estomac dont la membrane musculeuse est dans un état d'hypertrophie très-prononcée, spécialement aux approches du pylore, où l'orifice de l'estomac est tellement rétréci, qu'on peut à peine y introduire un stylet. — Les renseignemens communiqués par M. Vernois apprennent que le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie, présentait depuis plusieurs années les symptômes d'une gastrite chronique qui avait suivi l'ingestion d'une certaine quantité d'acide nitrique, et qui depuis peu avait fait place à des symptômes de gastrite aiguë.

M. Desprès montre une pièce anatomique ayant pour sujet une hernie étranglée chez une femme qui, le sixième jour après l'étranglement, a été soumise à des tentatives de réduction qui ont été impuissantes, puis à l'opération. Cette hernie, prise d'abord pour une hernie inguinale, et opérée comme telle, est une hernie crurale dans laquelle il y a eu perforation de l'intestin par gangrène. Un cordon volumineux placé sur la partie interne de l'ouverture abdominale de la hernie, paraissait d'abord formé par l'artère épigastrique provenant de l'obturatrice; mais sur la remarque de M. Bérard, on reconnaît que ce cordon n'est autre chose que l'artère ombilicale, tandis que l'épigastrique siége au côté externe de l'anneau.

Au sujet des valvules conniventes trouvées par M. Maisonneuve jusqu'à la terminaison de l'intestin grêle, M. Beau communique à la Société un cas dans lequel il a rencontré cette disposition coïncidant avec une diminution de longueur de l'intestin grêle qui n'avait que huit pieds et demi. M. Cruveilhier, qui a fait faire à la Salpêtrière de nombreuses mensurations comparées du tube intestinal, a rencontré un cas dans lequel l'intestin grêle n'avait que sept pieds et demi. Il établit comme limites extrêmes de la longueur du canal intestinal, sept pieds et demi pour la limite de minimum, et vingt-un pieds pour celle de maximum.

M. Baillarget présente un cas de mélanose des villosités. La surface de l'intestin grêle offre çà et là des espaces de quelques pouces d'étendue, dans lesquels la muqueuse offre un pointillé noir très-fin produit par la coloration en noir de l'extrémité des villosités.

M. Vernois présente un foie recueilli chez une femme qui, après 15 années d'une ascite, a été soumise deux fois à la ponction et a succombé après la deuxième. Le foie, revenu sur lui-même, présente à peine le tiers du volume habituel, et est enveloppé de fausses membranes très-épaisses, dans lesquelles son tissu est comme condensé. Dans la vésicule du fiel, dont le col est oblitéré par un petit calcul blanchâtre et légèrement coloré en vert du côté du canal cystique, on trouve un second calcul de forme cylindrique, d'une blancheur éclatante.

M. Pegot présente un cancer du foie avec communication dans le duodénum : une caverne vaste et anfractueuse servait en quelque sorte de diverticulum à cet intestin; elle était disposée de manière à ce que les matières contenues dans le duodénum devaient passer par cette excavation creusée dans le tissu du foie. Cette pièce a été recueillie chez une femme dont la mère et la sœur avaient succombé à des cancers de l'estomac.

M. Foureade présente, de la part de M. le docteur Viardin, de Troyes, un cas de sphacèle de l'utérus chez un femme qui avait offert, pendant la vie, des symptômes qui furent attribués à la présence d'une môle. M. Cruveilhier constate, à l'examen de la pièce, qu'il s'agit d'un polype volumineux atteint de gangrène par suite de laquelle le tissu de l'utérus sphacélé lui-même est dévenu le siège d'une perforation du côté de la cavité péritonéale. Des renseignemens ultérieurs fournis par M. Viardin apprennent que la femme sur laquelle cette pièce a été recueillie était âgée de 32 ans, mere de deux enfans, affectée depuis environ 18 mois de métrorrhagies qui se renouvelaient assez régulièrement à chaque époque menstruelle, et s'accompagnaient de douleurs abdominales extrêmement vives; que chez elle on avait constaté depuis 6 mois un accroissement de volume de l'utérus et un

développement assez marqué des seins ; que les hémorrhagies s'étaient converties en un écoulement leucorrhoïque presque continuel.

Un mois avant la mort il était survenu une diarrhée abondante avec douleurs très-vives dans la région hypogastrique. Ces douleurs étaient comparées par la malade à celles de l'enfantement.

Huit jours avant la mort, l'orifice utérin s'était ouvert et laissait sentir un corps mou, frangé, laissant écouler une matière fétide et des lambeaux d'un tissu sphacélé. Des tentatives de dilatation du col de l'utérus au moyen d'une éponge ont été faites, ainsi que des injections avec une solution étendue de chlorure de soude. Pendant une de ces injections, qui jusque-là n'avaient pas été douloureuses, la malade se plaignit d'une douleur vive et toute nouvelle qui s'accompagna tout-à-coup d'une tension considérable et d'une grande sensibilité jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu au bout de 24 heures.

M. Denonvilliers présente un col utérin cancéreux dont l'ablation a été faite par M. Lisfranc. Cette opération a eu ceci de particulier qu'il s'est écoulé 20 à 25 minutes avant que l'utérus ait été suffisamment abaissé pour opérer la section du col. Il y a eu deux hémorrhagies. La malade est très-bien au moment où M. Denonvilliers présente la pièce.

M. Busson présente un cas d'abcès enkysté dans la cavité utérine ; il y a oblitération du col. La matrice dilatée contenait deux verres environ de pus. Cette maladie n'avait donné lieu pendant la vie à aucun symptôme ou du moins n'avait pas été soupçonnée. M. Maisonneuve dit avoir observé un cas semblable en faisant l'autopsie d'une femme qui avait succombé pendant le choléra.

M. Reignier a rencontré à la Salpêtrière plusieurs cas semblables, mais chez quelques-unes des femmes qui ont présenté cette lésion, il y avait eu des douleurs vives et comme expultrices dans la région hypogastrique.

Observation de tubercules de la moelle épinière, présentée par M. EAGER, *interne à l'hôpital des Enfans-Malades.*

La nommée Briard (Jeanne), âgée de 13 ans, demeurant rue Saint-Denis, en apprentissage chez un fabricant de fleurs artificielles, entra à l'Hôpital des Enfans le 20 février 1833. Ses parens disent que ses facultés intellectuelles étaient très-développées avant sa maladie ; elle était d'une disposition très-irascible. Elle n'est pas réglée et jouissait habituellement d'une très-bonne santé. Il y a un an que la maladie actuelle a débuté par une douleur bornée à la partie latérale gauche de la tête ; cette douleur est survenue sans cause connue, et a persisté sans intermission pendant quatre mois, sans trouble des facultés intellectuelles, ni avant ni depuis son apparition. Huit ou dix jours après l'invasion de cette céphalalgie, on remarqua chez elle un embarras dans l'articulation des mots, une espèce de balbutiement très-prononcé qui n'existait pas avant. On a aussi observé une déviation de la langue vers le côté gauche. Environ trois semaines après, la malade a senti pour la première fois la douleur s'étendre vers la partie supérieure du cou, et bientôt une faiblesse s'est déclarée dans le bras et dans l'extrémité inférieure droite, faiblesse précédée de quelques mouvemens saccadés de ces membres et qui se termina, douze jours après, par une paralysie complète de ces mêmes membres. La sensibilité, quoique plus obtuse que du côté opposé, n'était pas considérablement diminuée. Je n'ai pu vérifier si cette sensibilité fut exaltée avant l'invasion de la paralysie incomplète. La malade se plaignait de fourmillement et d'une sensation de chaleur brûlante aux extrémités supérieure et inférieure droites ; le moindre mouvement qu'on imprimait à ces membres lui faisait pousser les hauts cris. Elle a été obligée de rester au lit les trois premiers mois ; ensuite la douleur de tête étant devenue à-peu-près périodique, et les membres ayant repris quelque force, elle marchait un peu à l'aide d'une canne, traînant toujours la jambe droite, et remuant le bras droit avec peine. Il y a six mois, pour la première fois, se sont déclarées de la toux, d'abord sèche, de la dyspnée ; quatre semaines après, toux plus grasse, crachats abondans, et diarrhée parfois ; la toux n'a pas cessé depuis. Le 1er mars, céphalalgie latérale gauche revenant périodiquement, facultés intellectuelles plus obtuses peut-être que dans l'état normal, pas de délire ; yeux très-lourds, quoique non injectés ; figure évidemment tirée vers le côté gauche ; paupière droite plus basse que la gauche, aile du nez du côté droit presque immobile, ainsi que les muscles du côté droit de la face ; la sensibilité est aussi diminuée de ce côté ; langue déviée du côté gauche ; douleur très-forte dans la région du cou, contracture ou roideur permanente des muscles du cou du côté droit, facile à surmonter pourtant : il en était de même du bras et de l'extrémité inférieure droite. Sensibilité considérablement diminuée de ce côté, ainsi que le mouvement, quoiqu'il ne soit pas entièrement aboli ; le mouvement communiqué est accompagné de beaucoup de douleur. La malade se plaignait d'une chaleur âcre avec fourmillemens, qui s'étendait depuis le cou et le bras droit jusqu'à la plante du pied de ce côté. Décubitus constamment dorsal. Percussion de la poitrine donnant un son mat dans les régions sus et sous-claviculaire ; respiration caverneuse avec gargouillement des deux côtés au niveau des clavicules, tubaire sous les aisselles, mêlée de râle sibilant dans toute l'étendue du thorax. Toux très-fréquente, crachats compacts, pouls petit, régulier ; langue naturelle, épanouie ; soif vive ; pas de douleur épigastrique ; légère douleur à la pression, à l'ombilic et dans les régions iliaques ; selles abondantes et fréquentes, mais volontaires : il en est de même de l'excrétion de l'urine ; chaleur de la peau à-peu-près naturelle.

Cet état a persisté jusqu'au 8 mars, si ce n'est qu'il y avait beaucoup de fièvre le soir. Le 8 mars dans la nuit il est survenu une anxiété très grande, avec douleur forte accompagnée d'un vomissement après l'ingestion d'une boisson froide. Le lendemain nous avons trouvé le ventre météorisé, douloureux à la pression : anxiété très-grande des traits ; diarrhée persistante, selles involontaires : pouls fréquent, très-dur ; respiration irrégulière et saccadée, beaucoup de râle sonore et sibilant des deux côtés de la poitrine.

Le 9 mars, ventre plus souple, moins douloureux, dyspnée et toux comme la veille; pouls filiforme. Les efforts faits pour remuer la jambe et le bras droits occasionnent beaucoup de douleur. Le soir, exaspération de tous les symptômes; orthopnée, sueurs froides, selles involontaires, pouls insensible. Mort à 1 heure du matin.

Autopsie 21 heures après la mort. — Cerveau. Sa surface externe et supérieure est très injectée; infiltration prononcée du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La substance de deux hémisphères est saine. L'arachnoïde paraît dans quelques endroits opaque et épaissie entre les circonvolutions. *Cervelet*, d'une couleur et d'une consistance naturelles.

Rachis. La surface externe de la dure-mère présente son aspect et sa coloration normale. A deux pouces quatre lignes au-dessous du sillon qui sépare la protubérance annulaire de la moelle, celle-ci était évidemment ramollie dans l'étendue d'un pouce et demi, légèrement rose et s'en allant en bouillie sous un filet d'eau. Au milieu de ce tissu ramolli étaient deux corps distincts : l'un arrondi, jaune, verdâtre, résistant au toucher, et gros comme une aveline. Lorsqu'on l'eut incisé par le milieu, on vit que la surface de la coupe était jaune, verdâtre, légèrement grenue, homogène, sans couche concentrique, sans organisation appréciable, présentant six lignes de haut en bas, et quatre en largeur; l'autre, offrant le même aspect, mais ayant une forme alongée, applatie, était placé à côté du précédent. Ces deux petits corps avaient l'aspect tuberculeux; ils étaient situés plus près de la face postérieure que de l'antérieure. La dure-mère vers la face postérieure leur était adhérente; par sa partie antérieure cette membrane n'adhérait point aux tubercules, il y avait même de la substance blanche conservée entre elle et les tumeurs. Au-dessus et au-dessous du lieu de la lésion, la moelle conservait son volume, sa consistance et sa conformation ordinaires.

Poitrine : du côté droit, fausses membranes récentes unissant, quoique faiblement, la plèvre costale à la plèvre pulmonaire; épanchement d'environ 14 onces d'un liquide séro-purulent, sans odeur remarquable, dans la cavité droite de la poitrine; poumon droit contenant à son sommet une dépression qui correspondait à une caverne. Dans le reste de son étendue existaient des masses tuberculeuses isolées, encore dures. Du côté gauche existent des tubercules volumineux autour d'une caverne de petite dimension. Cœur un peu flasque, contenant dans le ventricule droit et l'oreillette du même côté un caillot fibrineux. Environ 3 onces de sérosité citrine dans le péricarde; pas d'adhérences.

Abdomen. Le péritoine est humecté par une grande quantité de sérosité; la surface externe de l'intestin grêle présente des arborisations vasculaires très-prononcées.

L'estomac, d'un volume ordinaire, a un aspect mamelonné dans une étendue de 4 ou 5 pouces vers la grande courbure. La muqueuse, extrêmement pâle partout, est tellement ramollie qu'il est impossible d'obtenir nulle part un lambeau d'une demi-ligne, si ce n'est vers l'extrémité pylorique; mais il n'y a ni injection, ni ulcération. Les deux-tiers supérieurs de l'intestin grêle ne présentent que de petits tubercules sous-muqueux, épars, sans injection au pourtour. Vers le tiers inférieur de l'iléon on remarque des plaques rouges, injectées, et quelques petites ulcérations éparses. Dans le voisinage de ces plaques la muqueuse est d'une mollesse extrême. Le cœcum est criblé d'ulcérations. La muqueuse a tout-à-fait disparu dans plusieurs endroits, notamment au cœcum, dans l'étendue d'un pouce; dans les points où elle existe encore, elle est très-épaissie et ramollie. Dans le colon, même altération.

Le foie est d'un volume naturel; les reins, la vessie, et l'utérus sont sains.

Rapport sur l'observation précédente;

Par M. RUFZ,

Interne à l'hôpital des Enfans-Malades.

L'observation que vous a présentée M. Eager est remarquable par le soin exact avec lequel il a noté les symptômes observés pendant la vie. Ce n'est pas la première fois que des tubercules ont été trouvés dans la moelle épinière : j'en ai compté quinze observations, soit dans l'ouvrage de MM. Ollivier et Gendrin, soit dans quelques thèses inaugurales. De toutes ces observations, celle que vous présente M. Eager est, sans contredit, la plus complète. Dans les unes la présence des tubercules est simplement indiquée; dans les autres ce sont les syptômes qui manquent. Rapprochée des quinze observations qui sont à ma connaissance, celle de M. Eager en confirme les principaux résultats.

1° Ces tubercules se sont trouvés plus souvent dans l'enfance que dans les autres âges. Le sujet de l'observation de M. Eager n'avait que treize ans. Je dois dire cependant que, parmi les quinze cas précités, il en est un dont le sujet est un vieillard de 60 ans passés.

2° Ces tubercules ont été trouvés plus souvent dans la région cervicale que dans les autres; c'était au niveau de la quatrième vertèbre cervicale qu'existait le tubercule décrit par M. Eager. Cependant, dans une thèse, j'ai trouvé mentionnée l'existence d'un tubercule dans le renflement inférieur de la moelle.

L'état de la motilité des membres paraît être jusqu'à présent un thermomètre si sûr et si sensible de l'état des centres nerveux, que nous pouvons nous en servir pour apprécier la marche de la maladie.

Ainsi la maladie datant d'une année, nous pouvons tenir pour assuré qu'auparavant la moelle était parfaitement saine, et qu'il a fallu une année pour développer dans sa substance deux tubercules de la grosseur de ceux dont il est ici question. Mais la paralysie n'étant complète que depuis huit mois, pendant les quatre mois qui précèdent existait il seulement un travail préliminaire pouvant irriter la moelle, mais sans produire de tubercules? ou bien enfin la paralysie n'est-elle survenue que lorsque le tubercule a été assez volumineux pour comprimer la moelle dans une assez grande étendue, ou bien enfin la paralysie tenait-elle au ramollissement circonvoisin plutôt qu'au tubercule même?

Nous ne trouvons, dans l'observation de M. Eager, aucune circonstance qui puisse nous décider en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions.

Par sa position, le tubercule comprimait également les racines antérieures des nerfs naissant au niveau de son siège, autant que les racines postérieures, et cependant la motilité était plus altérée que la sensibilité.

Observation de péricardite ;

Par M. MAISONNEUVE, Interne de la Pitié.

Boulean, tailleur, âgé de 17 ans, d'une constitution délicate, fut pris le 22 décembre 1833, d'une courbature générale, accompagnée de céphalalgie, de dévoiement et d'un peu de toux. Lors de son entrée à l'hôpital, ces symptômes, joints à un air de stupeur assez prononcé, firent craindre une fièvre entéro-mésentérique. Il y avait aussi quelques palpitations, un peu de douleur à la région précordiale, le pouls avait de la fréquence; mais ces symptômes, peu prononcés du reste, furent négligés ou regardés comme dépendant de l'affection typhoïde présumée. Le thorax résonnait bien. Il n'y avait qu'un peu de râle muqueux. On se contenta de prescrire des boissons émollientes, quelques lavemens laudanisés, des cataplasmes sur l'abdomen, et une application de 15 sangsues à l'épigastre.

Dix jours se passèrent ainsi sans que les symptômes de la fièvre entéro-mésentérique prissent un caractère plus prononcé; les symptômes thoraciques, au contraire, qu'on avait jusques-là peu remarqués, prirent un développement considérable.

Le 7 janvier, la douleur précordiale était telle, que la percussion la plus légère était insupportable, les palpitations revenaient tous les soirs par accès. C'était même ce symptôme qui gênait le plus le malade, et contre lequel il demandait le plus instamment un remède. Le pouls fréquent (120) et serré ne présentait aucune irrégularité. Un vésicatoire fut appliqué à la région précordiale.

Le 9 janvier, en examinant avec soin le thorax, on constata une matité assez évidente dans presque toute la partie postérieure des deux côtés; on entendait la respiration tubaire, et une égophonie des mieux caractérisées. Les battemens du cœur donnaient une impulsion forte, mais un bruit obscur; un bruit de soufflet s'entendait entre les 6e et 7e côtes. La région précordiale était douloureuse, au point que la moindre pression était insupportable. On crut devoir s'abstenir de la percussion.

Le malade ne pouvait rester couché que sur le dos, ou légèrement incliné sur le côté droit, la tête et la poitrine élevées. La physionomie, toujours sérieuse, exprimait l'anxiété; la respiration était courte et fréquente, la toux pénible, surtout le soir, et presque sans expectoration; le pouls était précipité, la langue humide et nette; le malade avait des nausées fréquentes, souvent des vomituritions et toujours un peu de dévoiement.

Cependant la maladie marchait : les palpitations devenaient plus fréquentes et plus pénibles, les battemens du cœur se faisaient apercevoir jusqu'à la région épigastrique. Les forces s'affaiblissaient; le décubitus sur le dos avait donné lieu à des escarres au sacrum. De plus, il se manifesta dans les deux poumons quelques points pneumoniques, caractérisés par des crachats rouillés, du râle crépitant au commencement du poumon droit et vers la partie moyenne du poumon gauche. Ces symptômes, joints à une matité très-prononcée des deux côtés du thorax, à une égophonie évidente, à une tussiculation continuelle avec exacerbation le soir, à la fréquence et à la petitesse du pouls, enfin à l'amaigrissement progressif, firent croire à l'existence de tubercules; il n'y avait cependant pas de sueurs.

Trois cautères furent appliqués au-dessous du sein gauche; quatre jours après, on passa un séton au niveau de la partie antérieure de la 6e côte. Mais la maladie faisait des progrès rapides, et le 7 février, après un violent accès de palpitation, le malade succomba vers les 10 heures du soir.

Autopsie 40 heures après la mort. — La cavité des plèvres contient de l'un et l'autre côté environ une pinte de sérosités citrine, sans flocons albumineux, sans fausses membranes, ni aucune altération locale appréciable du tissu séreux. Le poumon droit présente un engouement très-prononcé, mais sans hépatisation à la partie supérieure.

Le poumon gauche est hépatisé dans toute sa partie moyenne. La portion malade ne surnage pas dans l'eau. Le cœur, vu à travers le péricarde, paraît très-volumineux, le péricarde adhère partout à la surface du cœur au moyen de fausses membranes de formation récente, et cependant assez bien organisées. Ces fausses membranes, plus épaisses à la face inférieure, se divisent en deux couches bien distinctes. L'une, profonde, intimement unie au cœur, varie dans son épaisseur. Son aspect est gélatineux, transparent; mais elle offre une résistance remarquable, et ne peut-être déchirée par un effort même très-considérable : examinée avec soin, elle m'a paru formée de fibres très multipliées; perpendiculaires à la surface du cœur, parallèles entre elles, entremêlées de nombreux vaisseaux capillaires, et imbibées d'un liquide gélatiniforme. La deuxième couche, plus superficielle, d'une épaisseur qui varie entre 4 lignes et une ligne, adhère intimement à la première dont elle diffère sous tous les rapports : elle est molle, friable, d'un blanc sale, d'un aspect très-analogue à celui des caillots stratifiés des anévrysmes. Cette ressemblance est même rendue plus grande encore par une coloration rouge qu'elle revêt en plusieurs endroits.

Au dessous de ces couches morbides, le tissu du cœur ne paraît aucunement altéré : son volume, qui paraissait énorme, n'est guère supérieur au volume normal.

Les viscères abdominaux ne présentent presqu'aucune altération; on aperçoit seulement dans le jéjunum quelques follicules de Brunner assez développés; du reste, il n'y a rien de remarquable.

Sous le rapport des symptômes, cette observation nous

présente plusieurs choses à remarquer. Les uns ne pouvaient guères être rapportés qu'à la péricardite ; tels sont les palpitations, l'impulsion violente des battemens du cœur coïncidant avec l'obscurité de leur bruit, la douleur fixe et excessive de la région précordiale ; et à cette occasion je ferai remarquer que cette douleur avait un caractère que l'on observe rarement, celui d'augmenter par la pression. MM. Chomel et Andral en effet, ne l'ont observé qu'une seule fois.

Les autres signes, bien que complétant la série des symptômes de la péricardite, pouvaient être rapportés à d'autres lésions ; je veux parler de l'orthopnée, de l'accélération du pouls, de l'anxiéte. Enfin d'autres symtômes appartenant à des lésions concomitantes pouvaient donner le change : ce sont la tussiculation continuelle avec exacerbation le soir, la matité dans toute la partie postérieure des deux poumons, l'égophonie, et plus tard les crachats rouillés et le râle crépitant au sommet des poumons ; l'amaigrissement. Si l'on joint à cela l'absence de plusieurs signes importans de la péricardite, tels que l'irrégularité du pouls, la matité du son à la région précordiale, on concevra que le diagnostic put être embarrasant.

L'examen de la pièce anatomique nous démontre un fait signalé par tous les auteurs ; c'est que les fausses membranes du péricarde envahissent le plus souvent toute la surface de la cavité. Mais elle nous a présenté plusieurs choses à noter, entr'autres l'absence complète de liquide, la disposition des fausses membranes en deux couches de densité, d'aspect et d'organisation différentes : ce qui semblerait faire croire que la maladie a eu deux périodes ; que la première avait passé le moment d'incrementum, qu'elle tendait à la guérison, quand est venue une récrudescence caractérisée par la formation de la deuxième couche, et que c'est au milieu de cette deuxième période que le malade est mort. Peut-être les cautères et le séton auront-ils été pour quelque chose dans cette recrudescence.

Extrait du rapport de M. DENONVILLIERS, *sur l'observation précédente.*

Les palpitations revenant par accès, la dyspnée accompagnée d'anxiété excessive, et survenue brusquement, l'impulsion violente des battemens du cœur avec obscurité des bruits, la fréquence du pouls avec ou sans irrégularités, la douleur vive et aiguë dans la région précordiale me paraissent constituer un ensemble de symptômes caractéristiques de la péricardite aiguë. Aucun de ces symptômes ne manquait chez quatre malades que j'ai observés l'année dernière, avec M. Lerminier (1). J'ajouterai que dans un seul des quatre cas que j'ai cités, la péricardite existait seule. Dans les trois autres elle était accompagnée, comme dans l'observation de M. Maisonneuve, d'épanchement pleurétique sans inflammation, et deux fois en même temps de pneumonie lobulaire. L'ordre de succession des symptômes démontrait que l'affection de la plèvre et du poumon avait été consécutive à la péricardite. Existe-t-il entre les deux maladies une simple concomitance, ou faut-il établir entr'elles un rapport de cause à cet effet ? Je penche pour la dernière opinion. Quoi de plus conforme à l'analogie et aux idées physiologiques, que l'hydropisie d'une membrane séreuse déterminée par une maladie qui affecte l'organe central de la circulation ? C'est donc ainsi que je résumerais l'observation de M. Maisonneuve ; Maladie du péricarde qui a déterminé un hydrothorax symptomatique.

Quant à la nature même de la maladie, je ne saurais voir là une péricardite ordinaire, qui a eu deux périodes à chacune desquelles a correspondu la formation d'une couche particulière des fausses membranes. J'ai fait l'ouverture du cadavre avec M. Maisonneuve, et j'ai bien constaté, comme lui, qu'il y avait deux couches de fausses membranes parfaitement distinctes ; la différence était même si tranchée, que je pensai d'abord que la couche superficielle était seule contenue dans le péricarde ; la couche profonde me paraissait avoir son siège dans le tissu intermédiaire à la membrane séreuse et aux fibres charnues du cœur, et je ne fus détrompé qu'après une dissection attentive de la membrane séreuse, que nous trouvâmes immédiatement appliquée sur le cœur. Mais, d'accord avec M. Maisonneuve sur le fait principal, je varie sur l'explication — Les deux couches me paraissent avoir été formées simultanément et à deux reprises. Je crois qu'il s'agit, dans le cas présent d'une variété peu commune de la péricardite, je veux dire d'une péricardite hémorrhagique, dans laquelle l'hémorrhagie a prédominé sur l'inflammation. Les exemples de ce genre, rares déjà pour la plèvre, le sont plus encore pour le péricarde ; mais leur rareté n'est pas une raison pour se refuser à les admettre quand ils se présentent. Après l'inspection attentive de la pièce, on ne pouvait pas douter que la couche superficielle ne fût un caillot sanguin semblable à ceux des anévrysmes, et formé principalement par la matière colorante du sang. — L'autre couche offrait l'aspect d'un tissu fibrineux et aréolaire enfermant dant ses mailles une matière demi-fluide et transparente : je pense qu'elle a été formée par le dépôt des portions fibrineuses et albumineuse du sang. Sa consistance était très-considérable, et c'est encore un argument en faveur de mon opinion ; car Laennec a fort bien observé et mentionné dans son livre, que, dans les pleurésies hémorragiques, les fausses membranes acquièrent une dureté particulière et un commencement d'organisation fibreuse. Je ne sais pas sur quoi on pourrait appuyer l'idée de deux formations successives ; ce n'est pas sur la marche des symptômes : serait-ce sur la différence d'aspect des deux couches ? Mais toutes ces

(1) La syncope, donnée par quelques praticiens comme un symptôme propre à la péricardite, n'a existé dans ces quatre cas à aucune époque de la maladie. Le bruit de frottement sur lequel M. Stokes, de Dublin, a fait un fort bon mémoire, n'a pas non plus été noté ; il est vrai que ces péricardites étaient caractérisées par un épanchement considérable, et que je ne faisais pas alors des signes stéthoscopiques une étude spéciale. M. Maisonneuve a noté dans son observation un bruit de soufflet entre la cinquième et la sixième côte. Or, M. Stokes admet que le bruit de frottement, résultat d'exsudation albumineuse dans le péricarde, peut revêtir cette forme. — L'observation qui nous occupe viendrait donc à l'appui des idées de M. Stokes.

inflammations des membranes séreuses donnent lieu à deux produits différens, et pourtant sécrétés ensemble. Je ferai remarquer d'ailleurs que la couche superficielle paraît aussi ancienne que la profonde, car il faut un certain laps de temps pour que du sang déposé dans nos tissus subisse la série des transformations par lesquelles il arrive à l'état de caillots semblables à ceux des anévrysmes. Enfin relativement à la position respective des deux couches, je demanderai à la Société la permission de lui citer un fait qui me paraît propre à éclairer la question. On ouvrit l'année dernière à l'Hôtel-Dieu le corps d'une femme qui succomba à la suite de la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans la plèvre gauche. Des caillots noirs remplissaient la poitrine; le poumon était enveloppé d'une couche jaunâtre de quelques lignes d'épaisseur. Le départ s'était fait dans le thorax comme il se fait dans un bassin à la suite d'une saignée, entre la portion fibrineuse du sang et sa portion cruorique. L'une s'était déposée sur les organes, l'autre était demeurée dans la cavité séreuse. Plusieurs médecins témoins de l'autopsie raisonnèrent sur ce phénomène et sur les conséquences qu'on en pouvait tirer pour l'explication de la formation des fausses membranes dans les cas d'inflammation hémorrhagique des membranes séreuses. L'occasion d'appliquer ces réflexions se présente; je la saisis.

Observations de cancer de l'estomac;

Par M. MAISONNEUVE, interne de la Pitié.

Henriette Michaud, âgée de 43 ans, entra à l'hôpital pour une tumeur dure, peu circonscrite, mobile, placée dans l'hypochondre gauche, paraissant appartenir au grand cul-de-sac de l'estomac. Il y avait de la douleur au niveau de la tumeur, des vomissemens et de la diarrhée. Bientôt l'on vit la tumeur s'acheminer peu-à-peu vers la région épigastrique. Cette migration fit soupçonner une connexion de la tumeur avec le foie qui, hypertrophié d'abord, serait revenue graduellement à son volume normal.

Cependant les accidens augmentèrent, des vomissemens noirs parurent, le dévoiement prit un caractère grave, l'émaciation fit de rapides progrès, et le 6 février au soir, la malade expira.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — Cadavre réduit au dernier degré du marasme; le ventre est resserré, concave; on sent à travers ses parois une tumeur peu mobile, dans la région épigastrique.

L'estomac est sain dans toute la portion splénique; toute la portion pylorique, c'est-à-dire, le tiers droit de l'organe est considérablement rétréci. Ce rétrécissement n'est pas graduel, mais commence tout d'un coup sur les limites de la portion saine, et dans ce point existe un bourrelet saillant qui en impose d'abord pour le pylore. Les parois sont épaissies, dures et squirrheuses; cette dégénérescence paraît exister surtout dans la couche sous-séreuse; la membrane muqueuse, la couche qui la double, et même la membrane musculeuse, paraissent étrangères à la maladie. Aucune connexion anormale n'existe avec le foie, mais l'épiploon et le pancréas sont intimement unis à l'estomac; leur tissu cellulaire est même hypertrophié, dur, et présente un commencement de dégénérescence dans les points de contact.

Le duodénum et le jéjunum paraissent sains. L'iléum, dans toute son étendue, jusqu'au cæcum, est garni de valvules conniventes d'une coloration irisée, ou mieux d'un gris mêlé de rouge et de vert; elles sont ulcérées et criblées de petites granulations. Au milieu de cette altération on observe quatre ou cinq plaques qui semblent représenter les plaques de Peyer; mais loin de se faire remarquer par leur état pathologique, elles tranchent sur le reste de l'intestin par leur couleur et leur aspect normal.

Les gros intestins ne présentent rien de remarquable. Dans le fond du petit bassin, sur la paroi postérieure de la vessie et sur le rectum, existent des plaques noires, gangréneuses, recouvertes d'une substance caséeuse: l'une d'elles a plus d'un pouce de diamètre.

L'escarre subjacente n'envahit pas toute l'épaisseur des organes sur lesquels elle se trouve, mais est bornée à la superficie.

Tremblement mercuriel, sudamina. Tumeur comprimant le cervelet;

Par M. PEYROT,

Interne de l'Hôtel-Dieu-Hôtel-Dieu, salle sainte-Martine, n° 8.

Le 4 février 1834, est entré le nommé Paris (Pierre-Antoine), âgé de 36 ans, miroitier.

Antécédens. Il y a dix ans qu'il s'est pour la première fois livré à l'étamage. Deux ans après, il fut affecté, une première fois, d'un tremblement; depuis il en a eu deux autres, et c'est pour la quatrième fois qu'il est maintenant attaqué. Ces diverses maladies ont été traitées à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Kapeler, par des bains simples et des bains de vapeur. Après deux ou trois mois, le malade pouvait reprendre ses travaux; mais je ne sais pas si le tremblement disparaissait complétement. Dans ces attaques il n'y a eu ni délire, ni fièvre, ni prostration, et aux yeux du malade l'état actuel est beaucoup plus grave qu'il n'a jamais été précédemment.

Malade de nouveau depuis les premiers jours de janvier, cet homme était resté chez lui, mais depuis huit jours il avait de la fièvre, de la faiblesse, il perdait la tête, et ses membres devenaient plus lourds; ce qui le décida à entrer à l'hôpital. Il n'a jamais eu ni coliques, ni salivation; son haleine est habituellement fétide; ses dents sont sales, mais solides. Pendant son séjour à l'hôpital il n'a jamais eu de dérangement des fonctions digestives; lors de son entrée, il n'avait point de douleur dans la poitrine; il ne toussait pas. Seulement le jour qui précéda sa mort, il crachait sur

son lit du sang mêlé à une expectoration visqueuse ; ce qui fit supposer le début d'une pneumonie, quoique l'auscultation ne le fit pas reconnaître, et cet examen ne fut plus renouvelé. Ce qui doit frapper surtout l'attention c'est l'état général, les mouvemens convulsifs, la diminution des mouvemens volontaires et les derniers accidens qui terminèrent sa vie.

Voici son état au 6 février : constitution de force moyenne, corps amaigri, décubitus dorsal. Les membres supérieurs pendans sur les côtés du corps ; les inférieurs alongés, comme roidis par une extension forcée. Les yeux sont sensibles, les pupilles dilatées, peu mobiles ; point de mal d'oreille, point de bourdonnemens ; point de céphalalgie.

Mouvemens convulsifs. 1° La tête est constamment agitée d'un mouvement de rotation ; cette oscillation est constante, même lorsque la tête est appuyée contre l'oreiller ; point de tremblement dans le sens de la flexion du cou ; quelques convulsions rares dans les muscles de la face ; point de déviation de la bouche, ni de la langue ; parole embarrassée ; bredouillement ; la langue est agitée d'un tremblement continu.

2° Les deux avant-bras éprouvent un mouvement convulsif prolongé dans tout le côté radial, et tendant à fléchir le pouce et l'index ; ce mouvement est continu.

3° Des deux côtés la plante des pieds est tournée en dedans et en haut ; le tendon du jambier antérieur est raide et très-saillant ; cette contracture est permanente, non douloureuse.

Mouvemens volontaires. Le malade peut fléchir le cou et lever la tête ; en l'aidant on l'asseoit dans son lit et il s'y maintient. Les mouvemens de l'abdomen et ceux de la poitrine paraissent naturels.

Le bras du côté gauche ne peut être levé, l'avant-bras se remue péniblement ; la main se meut avec plus de facilité, et les doigts sont tout-à-fait mobiles. Le poignet est fléchi à angle droit sur l'avant-bras ; cette force de flexion, quoique permanente, peut être facilement surmontée. Du côté droit on observe les mêmes phénomènes, mais à un moindre degré : la main peut être portée jusqu'au menton. Dans les membres inférieurs les mouvemens sont bien conservés, mais assez lents, difficiles dans la cuisse droite

Sensibilité. Nulle part la sensibilité n'est exaltée. Dans les membres elle est un peu plus obtuse que dans le tronc. L'extrémité inférieure droite est moins sensible que la gauche.

L'intelligence du malade est altérée ; lorsqu'on lui adresse plusieurs questions pour éclaircir un fait, il s'embrouille, et c'est ce qui a empêché de connaître le début de chacun des symptômes qu'il présente.

Le 8 février, l'intelligence est dans le même état.

Les mouvemens convulsifs de la face sont beaucoup plus fréquens ; ceux du côté radial des deux avant-bras ont presque disparu. La plante des pieds est toujours contracturée. Le tremblement de la tête et de la langue est resté le même. Le côté droit de la poitrine depuis la veille au soir est agité comme pendant un frisson.

Les mouvemens volontaires des extrémités supérieures sont plus étendus. La jambe et la cuisse gauche se remuent avec plus de facilité, mais la droite est complétement immobile et insensible.

Point de céphalalgie, sommeil d'une heure, point de délire dans la nuit ; moins de faiblesse. En somme, l'état du malade paraît amélioré.

Le 11 à la visite ; râle entendu à grande distance ; résolution générale du corps et des membres ; mouvemens d'oscillation latérale de la tête ; les lèvres se ferment convulsiment ; les pommettes sont fortement tirées en haut et en dehors ; les ailes de nez médiocrement dilatées. Les yeux sont hagards, ils remuent à chaque instant, on dirait que le malade fait un effort pour les diriger constamment en haut et en arrière ; les paupières ne se ferment presque jamais. Le malade ne répond plus, il paraît entendre encore. La poitrine est dans une oscillation continuelle. Les avant-bras sont ramenés sur l'abdomen, les poignets fléchis, les pouces dans la main, et continuellement tremblans. L'insensibilité est complète. Par intervalle, le malade éprouve un mouvement général de tension, alors la tête se jette en arrière, le cou se raidit, les pupilles se cachent sous la paupière supérieure. Ces nouveaux accidens se sont manifestés dans la soirée du 10 : la religieuse de la salle dit que le malade semblait avoir une attaque d'épilepsie ; de temps en temps il paraissait reprendre un peu connaissance, puis il la perdait de nouveau. Il a succombé 24 heures après le début de cet accès, râlant continuellement et dans la perte la plus absolue de connaissance pendant les 12 dernières heures.

Dans le cours de la maladie on a pu observer, sur l'abdomen, la poitrine et les membres supérieurs, une éruption de sudamina, remarquables par leur nombre et leur volume.

Le 6, ils formaient des vésicules transparentes, globuleuses, variant du diamètre d'une demi-ligne à deux lignes. Entourés d'une auréole rouge, le liquide qu'elles contenaient était partout transparent, excepté sur l'abdomen où il était légèrement trouble. Sous la mâchoire étaient des paillettes d'épiderme provenant de la desquammation de quelques-unes de ces vésicules.

Le 8, plusieurs de ces sudamina se sont détachés ; de nouveaux ont paru ; sur quelques points de la poitrine et de l'abdomen la desquammation se fait par plaques, tant les tumeurs sont rapprochées.

Le 11 on en trouve de nouvelles, et le 13, sur le cadavre, 36 heures après la mort, on en voit beaucoup qui contiennent un liquide transparent, et qui sont en tout analogues à celle que l'on a observées pendant la vie.

Traitement. Tis. bour. ; 6 bains de fumigations dans le lit par l'appareil à alcohol ; ces bains ont, suivant les jours, produit ou de la chaleur sèche, ou des sueurs peu abondantes. Bouillon. Soupe.

Autopsie faite 38 heures après la mort. — Raideur cadavérique très-marquée.

Tête. Cerveau injecté, piqueté de rouge, consistance ferme ; nulle part la substance grise ne présente d'altération.

Sur le prolongement postérieur du pont de varole, on trouva une tumeur adhérente à la substance grise du lobe du cervelet. L'arachnoïde la recouvre sans y adhérer, sans présenter des traces d'altération récentes ou anciennes. La dure-mère et les os, sur lesquels appuie la tumeur, ne présentent non plus, ni altération, ni dépression ; son volume est d'une petite noix.

Cette tumeur, formée par des paillettes nacrées, est tout-à-fait semblable à celles déjà décrites dans l'ouvrage de M. Cruveilhier, tumeurs composées de stéarine et de cholestérine. On n'a trouvé dans aucune de ces tumeurs ni vaisseaux, ni tissu cellulaire.

La moelle est d'une consistance très-ferme dans la région cervicale; nulle part ailleurs on ne trouve d'altération, ni dans la consistance, ni dans la couleur.

Poitrine : le poumon gauche présente de l'hépatisation rouge dans son lobe inférieur; le bord tranchant est emphysémateux. Dans l'épaisseur des points hépatisés, on trouve des taches d'un rose vif, le droit n'offre que peu d'engouement.

Le cœur est mince et consistant.

Abdomen balloné. Le foie, la rate et les reins sont pleins de sang et d'une couleur foncée; les intestins n'ont offert qu'un aspect sain. Les glandes du mésentère sont petites, et ne contiennent aucune production analogue à celles qui forment la tumeur du cervelet.

On a recherché minutieusement dans tous les organes et dans les grandes articulations, dans les testicules, et l'on n'a pas trouvé de trace d'une semblable production.

Fracture des os du crâne; commotion, contusion et compression du cerveau sans symptômes de paralysie;

Par M. FLEURY,

Interne à l'Hôtel-Dieu.

Le nommé Besson, âgé de 50 ans, tanneur, fut apporté à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 18 février : il était alors sans connaissance. Les personnes qui l'accompagnaient dirent qu'il avait fait une chute d'un lieu élevé, mais sans préciser la hauteur; il fut impossible d'obtenir d'autres renseignemens.

A la visite du lendemain, on trouve le malade couché sur le côté gauche, dans l'attitude d'une personne qui dort d'un sommeil tranquille; il se plaint, lorsqu'on cherche à le réveiller, et ne tarde point à reprendre sa première position; on parvient néanmoins à lui faire entendre quelques paroles auxquelles il répond d'une manière assez juste. La figure est colorée, il n'existe aucune altération dans les traits. Les pupilles sont également mobiles; les membres ont conservé de la sensibilité et de la myotilité; la respiration n'est point stertoreuse, pas même accélérée; la peau est chaude, le pouls dur et assez fréquent; il n'existe ni incontinence, ni rétention d'urine.

On observe au coude gauche une petite plaie contuse qui a peu d'étendue et qui paraît d'abord superficielle. On prescrit : saignée de 16 onces; 25 sangsues à la nuque; petit-lait stibié; sinapismes aux jambes.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade paraît le lendemain s'être amélioré d'une manière sensible; la somnolence est moins marquée; il répond beaucoup mieux aux questions qu'on lui adresse; il dit ignorer complétement les circonstances de sa chute; le pouls conserve toujours de la fréquence. (On se borne à entretenir une dérivation sur le canal intestinal, au moyen du petit-lait stibié.)

Le 22, trois jours révolus depuis l'entrée du malade à l'hôpital, les bords de la plaie du coude se tuméfient; la peau qui les recouvre est rouge, chaude; la plus légère pression détermine une douleur vive, bientôt suivie d'un mouvement brusque pour retirer le membre; un peu d'empâtement existe à la partie supérieure de l'avant-bras; le fond de la plaie est grisâtre, tapissé par une fausse membrane qui s'oppose à ce qu'on puisse constater si l'articulation est intéressée; le malade accuse une céphalalgie intense et une soif vive. (On revient à la saignée; 12 sangsues sont appliquées autour de l'articulation huméro-cubitale; bain de guimauve; cataplasmes; limonade à l'intérieur.)

Les 23 et 24, la tuméfaction du membre a diminué; du pus de bonne nature s'écoule de la plaie. Mais en même temps que les symptômes locaux perdent de leur intensité, l'état général semble s'aggraver; sa voix s'est affaiblie; à la somnolence a succédé un état de prostration qui n'a fait qu'augmenter chaque jour; le malade couché sur le dos ne paraît pas avoir la force de changer de position; la peau qui recouvre les deux lèvres de la plaie est décollée dans une petite étendue; on l'incise pour faciliter la sortie du pus.

26. La langue devient sèche, rugueuse; la soif augmente; le malade urine sous lui; le pouls est faible et très-fréquent; il n'y a point de dévoiement, point de frissons; le ventre n'est pas douloureux à la pression; la respiration est libre.

A ces symptômes se joint le lendemain une teinte ictérique générale, un peu de délire. La figure porte l'empreinte de la stupeur; on croit faire cesser ces accidens en faisant une longue incision au-dessus de la plaie, qui n'offre du reste aucun signe d'étranglement; mais le mal n'en fait pas moins de rapides progrès, la faiblesse semble augmenter de plus en plus; une sueur visqueuse recouvre le corps, le malade reste pendant deux jours plongé dans un état comateux, et meurt le 4 mars.

Autopsie 36 *heures après la mort. — Crâne.* On observe à la partie postérieure et latérale du côté droit de la tête une contusion sans plaie. l'occipital présente à droite une fracture qui s'étend à la portion voisine du pariétal, et qui est limitée supérieurement par la suture sagittale; elle se termine sur la bosse pariétale par une fêlure. Entre les fragmens non déplacés se trouve du sang coagulé à l'intérieur et à l'extérieur; le périoste est déchiré dans les points qui correspondent à la fracture.

Entre la dure-mère et les os, en avant de la fracture, vers la région temporale droite, au-dessus du conduit auditif, on remarque un large épanchement de sang qui se prolonge dans la fosse latérale moyenne de la base du crâne. A quelques lignes du bord supérieur du rocher, il communique avec un semblable épanchement dans la cavité de l'arachnoïde, au moyen d'une rupture de la dure-mère.

En soulevant le caillot sanguin que recouvre le rocher, on voit que sa base est fracturée comminutivement, et que la solution de continuité s'étend aux parties voisines.

Le sang qui est contenu entre la dure-mère et les os est d'une couleur noire très-foncée, tandis que dans la cavité de l'arachnoïde il est couleur chocolat, et parsemé de stries jaunes qui lui donnent un aspect velouté.

Le cerveau est violemment contus dans le point qui correspond à la fracture, ainsi qu'à l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit; une lésion semblable s'observe à l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche.

Les ventricules ne contiennent point de sang; il n'y existe qu'une petite quantité de sérosité.

La portion du lobe postérieur du cerveau qui correspond à l'épanchement, présente une dépression considérable.

On observe dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure des hémisphères, des plaques d'un rouge amaranthe formées par des arborisations vasculaires et par du sang infiltré autour des vaisseaux, non-seulement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, mais encore dans la couche la plus superficielle de la substance corticale. Cette lésion parait exister d'une manière constante avec les mêmes caractères chez les malades qui ont éprouvé du délire à la suite d'une commotion du cerveau.

Il est difficile de dire si dans ce point l'inflammation a son siége dans la pie-mère ou dans la substance cérébrale; ce qu'il y a de certain, c'est que dans les points correspondans la pie-mère est adhérente au cerveau, et que la couche la plus superficielle de la substance corticale présente à l'œil et au doigt les caractères d'un ramollissement commençant; elle parait aussi avoir perdu de son élasticité.

Poitrine. Quelques abcès métastatiques peu nombreux s'observent à la partie postérieure des poumons.

Abdomen. Le tube intestinal n'offre aucune altération. Le foie, dont le volume est normal, offre une légère teinte jaunâtre tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; sa consistance est diminuée, surtout au lobe gauche; il n'y existe aucune déchirure; on voit seulement à sa surface quelques petites arborisations d'un noir très-prononcé; on n'y a point observé d'abcès métastatiques.

La rate est ramollie; quelques taches d'un rouge clair existent à sa surface et dans son intérieur.

Examen du membre. — La face postérieure de l'olécrâne est dénudée; au niveau de son bord interne, la plaie extérieure communique dans l'intérieur de l'articulation qui est remplie de pus.

Les veines profondes de la partie interne du bras et de la face antérieure sont remplies par du pus dont l'épanchement est limité par un caillot fibrineux qui adhère aux parois du vaisseau.

Il a été impossible de constater si les veines enflammées s'ouvraient par un orifice béant dans l'intérieur de l'articulation.

Mémoire sur la staphyloraphie;

Par M. BÉRARD jeune,

Agrégé en exercice, chirurgien du Bureau central.

L'art de guérir, justement estimé dans tous les temps et chez toutes les nations, se recommande d'autant plus à la considération des hommes, que ses résultats sont plus sûrs et qu'ils remédient à des maladies plus fâcheuses, soit par le danger dans lequel elles mettent l'existence, soit par la gêne qu'elles apportent à l'accomplissement des fonctions les plus importantes. A ce titre, quoi de plus utile que les opérations à l'aide desquelles l'homme de l'art, corrigeant les écarts de la nature, fait disparaître certains vices de conformation congénitaux, incapables d'éprouver une cure spontanée, et dont la persistance n'est pas seulement une cause de difformité, mais devient encore la source d'accidens nuisibles à la santé du corps et au développement de l'intelligence. Parmi ces vices de conformation, il en est un, la division congéniale du voile du palais, qui gêne la déglutition, permet aux alimens, et surtout aux boissons, de refluer avec la plus grande facilité de la bouche dans les fosses nasales, nuit à la prononciation à tel point, qu'il est quelquefois impossible de comprendre le langage des infortunés atteints de cette difformité. Malgré la fréquence assez grande de la division du voile du palais, malgré les inconvéniens extrêmement fâcheux qui en résultent, la science n'avait encore rien fait pour guérir ce vice de conformation, lorsqu'à-peu-près à la même époque deux chirurgiens imaginèrent, l'un en Prusse, l'autre en France, un procédé opératoire à l'aide duquel on pût rétablir la continuité du voile du palais. Saisissant l'analogie qui existe entre la fente palatine et le bec-de-lièvre, ils appliquèrent à la cure de la première les principes qui depuis long-temps guidaient les chirurgiens dans le traitement du second. Le succès couronna leurs essais, et la staphyloraphie prit rang parmi les opérations les plus utiles et les plus brillantes de la chirurgie. Honneur soit donc rendu au génie créateur de MM. Græfe et Roux.

Malheureusement des obstacles extrêmement grands sont attachés à la pratique de cette opération. Les uns sont dus à la susceptibilité des parties sur lesquelles on agit, susceptibilité qui est telle que le contact des instrumens et des doigts entraine des mouvemens involontaires du malade, des nausées, des envies de vomir qui, à chaque instant, arrêtent l'opérateur. Ils ne peuvent être surmontés qu'en habituant peu-à-peu le fond de la gorge à l'action des corps étrangers. Les autres sont inhérens à l'opération elle-même, et le chirurgien a presque autant de peine à les vaincre sur le cadavre qu'en opérant sur le vivant. Ils consistent, 1° dans la difficulté de faire passer les aiguilles à travers le voile du palais, à la même hauteur de chaque côté, à une distance convenable de la fente palatine, et à une égale distance les unes des autres; 2° dans la difficulté de faire une section nette, rectiligne, des bords de la division; 3° dans le danger de couper les ligatures au moment ou l'on pratique l'avivement. C'est à diminuer ces difficultés que doivent tendre les efforts des chirurgiens: un perfectionnement, même léger, apporté aux procédés connus, peut avoir les résultats les plus favorables, et faire réussir une opération que le succès est loin de couronner toujours.

C'est le résultat de travaux entrepris dans ce but que je livre maintenant au public (1); heureux de pouvoir annon-

---

(1) A l'époque où ce mémoire a été rédigé, je n'avais

cer que le procédé nouveau de staphyloraphie que je propose a déjà reçu la sanction de l'expérience, et qu'il a été suivi d'une guérison parfaite dans le seul cas où j'aie eu occasion de le mettre en pratique.

La staphyloraphie se compose de trois points principaux : passer les fils, aviver les bords de la division, serrer les ligatures.

Premier temps. Passer les fils. — Le chirurgien ne saurait apporter trop de soin dans le passage des aiguilles à travers le voile du palais : voici quelles sont les conditions à remplir dans ce premier temps de la staphyloraphie :

1° Les points de suture doivent être placés à la même hauteur sur chaque côté de la division. S'il en est autrement, l'écartement qu'ils laissent entre eux n'étant plus le même à droite et à gauche, un des côtés plus long que l'autre entre deux points de suture, sera inégal et plissé, tandis que le côté opposé sera tendu.

2° Les points de suture doivent être posés de telle sorte que les intervalles qui les séparent soient à-peu-près égaux ; on conçoit que si, de chaque côté, on laisse un écartement assez considérable entre une ligature, les bords de la division resteront écartés, et ne pourront obtenir la réunion par première intention.

3° Les points de suture ne doivent traverser le voile du palais ni trop près ni trop loin des bords de la division ; trop près, ils coupent les parties molles renfermées dans l'anse de la ligature, avant que la réunion par première intention soit accomplie ; trop loin, ils ne peuvent être assez serrés pour opérer le contact des bords de la division, ou bien ils causent un tiraillement excessif du voile du palais, d'où résulte une douleur très-vive et une inflammation qui peut nuire au travail de l'adhésion. Le premier inconvénient, celui qui résulte du passage des aiguilles à une distance trop petite de la fente palatine, est plus grave que le premier : on sait que la déchirure prématurée des parties molles comprises dans chaque anse de ligature est une des causes les plus fréquentes d'insuccès après la staphyloraphie.

Ces considérations prouvent combien il est important de passer les aiguilles dans un point bien déterminé du voile du palais ; or, en suivant le procédé ordinaire, est-on sûr d'y arriver ? Cela me paraît difficile, car l'instrument étant porté dans le fond de la gorge, à travers la fente du voile du palais, l'œil perd de vue la pointe de l'aiguille qui est ramenée derrière le voile et enfoncée d'arrière en avant à travers son épaisseur. Si l'on s'aperçoit à temps de la mauvaise position de l'aiguille, on est obligé de faire ressortir la pointe et de piquer une seconde, ou même une troisième fois le voile du palais avant de traverser le point convenable. Ces difficultés disparaissent si l'on porte l'aiguille d'avant en arrière à travers le voile du palais. Rien ne soustrait à la vue les parties sur lesquelles il faut agir ni les instrumens dont on se sert. Le chirurgien mesure de l'œil les distances, pose la pointe de l'aiguille sur la partie qu'elle doit traverser, et l'enfonce à coup sûr à travers le voile du palais.

Second temps. Aviver les bords de la division. — Ce second temps de la staphyloraphie en est le temps capital, puisque par lui les bords de la division, naguère incapables de se réunir, sont transformés en une surface susceptible d'éprouver le travail de l'inflammation adhésive. Les difficultés à surmonter pour opérer l'avivement, selon le procédé suivi en France, sont extrêmement grandes ; en effet, quelque soin que l'on prenne de tendre et de porter en bas et en dedans chaque moitié du voile du palais, on éprouve toujours beaucoup de peine à faire une section nette et égale du bord de la fente, quand on porte le bistouri sur le bord libre du voile du palais : les parties molles que rien ne retient par en bas, fuient devant le tranchant de l'instrument : quelquefois la partie inférieure du lambeau se déchire ou est entièrement coupée avant que la section ait atteint l'angle supérieur de la division. Si, pour trancher plus aisément les parties molles, on veut se servir des ciseaux, on est exposé à couper les fils : cet accident est arrivé aux plus habiles opérateurs.

Ces difficultés disparaissent si l'on pratique l'avivement du bord supérieur du voile du palais. En effet, le voile solidement fixé par son bord adhérent au bord postérieur de la voûte osseuse du palais, est tendu sous le tranchant de l'instrument, de telle sorte qu'il suffit d'une pression légère de ce dernier pour en opérer la division. De là résulte une section plus nette, plus uniforme, du bord de la fente ; chaque lambeau se taille d'un seul trait, conservant la même épaisseur dans toute son étendue ; les ligatures ne sont pas plus exposées à être atteintes que quand on avive de bas en haut en se servant du bistouri.

Troisième temps. Ligature. — Le troisième temps de la staphyloraphie, celui qui consiste à serrer les fils, offre une grande simplicité ; quand, à l'exemple de M. Roux, on fait un premier nœud avec les deux doigts indicateurs portés dans le fond de la gorge, nœud que l'on fait saisir par un aide avec une pince à anneaux, tandis que l'on pratique un second nœud que l'on serre sur le premier. Mais on peut éprouver quelques difficultés pour opérer le degré de constriction convenable ; le malade peut être pris de nausées au moment où les doigts et les pinces sont portés dans le fond de la bouche, ce qui force à tout lâcher ; le volume des doigts peut empêcher de bien apercevoir les parties sur lesquelles on agit ; c'est pour éviter ces inconvéniens que plusieurs instrumens ont été inventés ; de tous celui qui m'a paru le plus parfait est celui de M. Guyot. Cet instrument n'a pas encore été décrit. Son auteur, ayant l'intention de le faire connaî-

---

pas connaissance de la thèse de M. Schwert, dans laquelle se trouvent consignés les travaux des Allemands sur la staphyloraphie et leurs différens procédés d'avivement des bords de la division. Ce que M. Velpeau en dit dans ses *Élémens de Médecine opératoire*, ne peut suffire même pour faire deviner les procédés de Dieffenbach et autres, dans lesquels la section des parties molles se pratique du bord adhérent du voile du palais à son bord libre, et je croyais être l'inventeur de ce procédé. Si, après avoir reconnu mon erreur, je n'en livre pas moins ce travail à l'impression, c'est afin que les personnes qui, par négligence ou impuissance, ne se procurent pas les ouvrages des Allemands sur la staphyloraphie, apprennent à connaître un procédé qui me paraît offrir de grands avantages ; c'est en outre parce que je crois avoir fait ressortir ces avantages mieux que ne l'ont fait mes prédécesseurs. Quant au mode selon lequel j'ai porté les ligatures, je n'ai rien trouvé dans les auteurs qui jusqu'ici m'empêche de le considérer comme étant entièrement de mon invention.

tre ainsi que le résultat d'opérations qu'il a pratiquées, je suis forcé de le passer sous silence.

D'après cet exposé des préceptes qui doivent guider le chirurgien dans l'opération de la staphyloraphie et des procédés à l'aide desquels ces préceptes ont été accomplis jusqu'à ce jour, on voit que le premier et le second temps m'ont paru susceptibles de perfectionnemens. Enfoncer les aiguilles d'avant en arrière et non d'arrière en avant, afin d'être certain que l'aiguille traverse le point désiré du voile du palais; aviver de haut en bas et non de bas en haut, afin d'agir sur des parties tendues, et par là même faciles à diviser, telles sont les modifications importantes que j'ai apportées à l'opération. Je vais maintenant décrire avec détail mon procédé opératoire, et je terminerai par la relation d'une opération dans laquelle ce procédé a été mis en usage avec un plein succès.

Les instrumens nécessaires pour pratiquer la staphyloraphie d'après le procédé que je conseille, sont extrêmement simples. Ils se composent d'une pince à pansement ordinaire; d'une pince à dents de souris semblable à celle dont se sert M. Græfe, et qui est destinée à tendre le voile du palais en pinçant ses bords et sa pointe sans en déterminer la déchirure; d'un bistouri droit pointu, d'aiguilles de 6 à 7 lignes de long, 1 de large, épaisses d'un quart de ligne vers leur talon qui est percé d'un chas assez large pour admettre un gros cordon plat; ces aiguilles offrent sur le plat une courbure peu prononcée qui commence à la pointe et occupe les trois cinquièmes de l'aiguille; les deux autres cinquièmes qui répondent au talon sont parfaitement rectilignes; de cordonnet plat ou de fils cirés, et réunis de manière à former un ruban d'une demi-ligne de largeur.

Le procédé dont je vais donner la description est applicable aux cas de diastémato-staphylie simples, ainsi qu'à ceux qui sont compliqués de division de la voûte osseuse du palais, et dans cette dernière circonstance, il admet les mêmes modifications que celles apportées aux procédés déjà connus. Pour le moment je suppose que la division du voile du palais n'est compliquée d'aucun autre vice de conformation.

Le malade étant situé convenablement, le chirurgien saisit, et tend le bord gauche de la division avec la pince à dents de souris tenue de la main gauche; de la main droite il prend l'aiguille avec la pince à pansement, le talon dirigé parallèlement à la longueur des pinces, et la concavité regardant le bord libre de la fente. L'épaisseur du talon de l'aiguille la rend plus facile à maintenir entre les mors de la pince; l'aiguille est enfoncée d'avant en arrière au niveau de l'angle supérieur de la division, à trois lignes à-peu-près en dehors de son bord libre, jusqu'à ce que le bout de la pince touche le plan antérieur du voile du palais, ce qui a lieu quand les 3/5 de l'aiguille ont traversé son épaisseur. L'opérateur abandonne alors le bord du voile du palais et la même pince qui lui servait à le tendre, lui sert à saisir la partie de l'aiguille qui dépasse, en arrière, le voile du palais: la courbure de l'aiguille permet à sa pointe de se diriger en arrière et en dedans, de telle sorte qu'il est facile de l'apercevoir à travers la fente palatine et beaucoup plus aisé de la saisir que si elle était rectiligne. Une traction légère sur cette aiguille en arrière et du côté opposé à son entrée, suffit pour dégager le talon, et l'aiguille est ramenée d'arrière en avant, à travers la fente, et tirée hors de la bouche avec le fil qui la traverse.

On fait passer de la même manière et à la même hauteur une autre aiguille dans la lèvre droite de la division, en changeant de main les pinces destinées à porter et à retirer l'aiguille. Cette seconde aiguille entraîne après elle une anse de fil que l'on dégage de l'aiguille et dans laquelle on passe le chef profond de la ligature. Cette anse de fil sert à ramener d'arrière en avant le chef de la ligature à travers le côté droit du voile du palais, de telle sorte que les deux chefs sortant par la bouche, le milieu forme une anse en arrière du voile du palais comme dans les procédés ordinaires. Quoique la description de ce temps de l'opération paraisse quelque peu compliquée, je dois dire que rien n'est plus simple que son exécution.

Il faut placer une seconde, puis une troisième anse de fil, selon l'étendue de la division, en ayant soin de piquer chaque aiguille, à trois lignes environ du bord libre de la fente du palais.

Lorsque les points de suture sont passés, les anses sont abaissées, ainsi qu'on le pratique ordinairement, afin de rendre les fils à-peu-près parallèles aux bords de la division et de les préserver par cette position de l'action du bistouri. Le bord gauche de la fente est de nouveau saisi avec la pince à dents de souris tenue de la main gauche, tandis que la droite, armée d'un bistouri pointu, tenu comme une plume à écrire, porte l'instrument dans le fond de la bouche. Le bistouri est plongé à travers le voile du palais, à une ligne au-dessus de l'angle de la division, le dos dirigé vers le bord postérieur des os du palais; il suffit alors d'une pression légère sur l'instrument pour diviser nettement les parties molles et tailler un lambeau d'une demi-ligne d'épaisseur qui occupe toute l'étendue de la solution de continuité.

L'avivement se pratique de la même manière sur le côté droit du voile du palais, après avoir changé de main la pince et le bistouri. Le second lambeau étant taillé, les deux sont encore réunis par leur pointe supérieure et appendus à l'angle de la division. Il ne reste plus qu'à les enlever, en reportant le tranchant de l'instrument vers cet angle et en coupant obliquement d'une plaie à l'autre, tandis qu'on saisit les lambeaux avec les pinces, de peur qu'ils ne tombent dans les voies aériennes ou alimentaires.

Il est indispensable de tailler les deux lambeaux en faisant pour chacun d'eux une ponction distincte à l'angle supérieur de la fente: car, si, après avoir fait l'avivement d'un côté, on portait l'instrument à l'extrémité supérieure de cette première section pour couper de haut en bas sur l'autre lèvre, le second lambeau, continu avec le premier vers sa pointe, serait difficile à bien couper puisqu'il n'offrirait aucune résistance au tranchant de l'instrument, et qu'il tomberait, flottant sur le côté du bistouri, à mesure que celui-ci s'approcherait du bord libre du voile du palais. Cette recommandation, au reste, n'est utile que dans les cas où le voile du palais est divisé sans qu'il y ait complication de l'écartement des os palatins et maxillaires supérieurs; car, dans ce dernier cas, il faut bien tailler isolément chacun des lambeaux, depuis leur angle supérieur jusqu'à l'inférieur.

Ici se termine le second temps de la staphyloraphie : quant au troisième, celui qui consiste à serrer les ligatures, je n'y ai apporté aucune modification : je dois donc renvoyer au procédé de M. Roux ou de M. Guyot.

Il ne suffit pas d'avoir triomphé de toutes les difficultés qu'offrent le passage des aiguilles, l'avivement des bords; il ne suffit pas d'avoir serré les fils et mis en contact les bords saignans de la fente palatine, le chirurgien aura en vain déployé toute son habileté, et le malade ne retirera aucun fruit de la fatigue que lui a fait endurer une opération aussi laborieuse, si les parties qui viennent d'être recousues ne conservent pas, pendant trois à quatre jours, la plus parfaite immobilité. Or, la privation d'alimens est une condition indispensable de cette immobilité. Mais chez plusieurs opérés le sentiment de la faim devient tellement vif, malgré l'emploi de lavemens nourrissans, que les malades s'abandonnent au besoin impérieux qui les tourmente. Ils mangent; et la pression du bol alimentaire sur la plaie elle-même dans le premier temps de la déglutition, jointe aux contractions des muscles du voile du palais, pendant l'accomplissement de cette fonction, produit la déchirure des points de suture et l'écartement des bords avivés. Ne pourrait-on pas prévenir un pareil accident en nourrissant le malade à l'aide d'une sonde œsophagienne dont l'extrémité sortirait par les fosses nasales ? Je n'ai pas eu recours à ce moyen dans le cas que je vais rapporter, et je ne pense pas qu'il ait jamais été mis en pratique. Si on voulait y avoir recours, il faudrait habituer les parties au contact de la sonde, et la laisser à demeure plusieurs jours d'avance, afin de ne plus lui imprimer aucun mouvement à partir du moment où l'opération serait faite jusqu'à celui où on jugerait qu'elle peut être retirée sans danger.

Observation.— Le nommé Meuret (Louis), âgé de 27 ans, profession d'ébéniste, vint à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, le 10 décembre 1833. Il portait sur la lèvre supérieure une cicatrice qui dénotait qu'il avait subi l'opération du bec-de-lièvre; sa parole était rauque et mal articulée, très-difficile à comprendre. Cette circonstance, jointe à la cicatrice de sa lèvre, me fit penser qu'il avait une division du voile du palais, et l'examen de sa gorge confirma de suite ce soupçon. La fente du voile du palais s'étendait depuis son bord libre jusqu'à deux à trois lignes de son bord adhérent : en ce lieu commençait la continuité de la voûte palatine qui n'était plus interrompue jusqu'à son extrémité antérieure; il y avait donc diastémato-staphylie simple, c'est-à-dire, sans écartement des os palatins et maxillaires supérieurs; la complication de division de la lèvre avait disparu depuis la chéiloraphie.

La hauteur totale de la division avait à-peu-près quinze lignes. Les bords de la fente laissaient entre eux un écartement triangulaire dont la base regardait le bord inférieur du voile du palais. Lorsque le malade tenait sa gorge en repos, cet écartement n'avait guère plus de trois à quatre lignes; mais sitôt que les parties étaient irritées par le contact d'un instrument, il acquérait des dimensions considérables; chaque moitié du voile du palais était portée en haut et en dehors, et, semblable à la toile d'un théâtre, elle se relevait vers les amygdales et le bord postérieur des os palatins, et disparaissait presqu'entièrement.

Ce phénomène, entièrement opposé à celui qui, d'après le dire d'un auteur, serait constant, et aurait pour résultat la diminution de la fente palatine lors des contractions musculaires qui accompagnent la déglutition, trouve une explication toute naturelle dans la disposition même des muscles intrinsèques du voile du palais : les péristaphylins internes et surtout les externes, dirigés obliquement en bas et en dedans vers le milieu du voile du palais où ils s'unissent avec ceux du côté opposé dans l'état ordinaire, se terminent ici dans le bord de la division, et leur contraction doit entraîner chaque moitié du voile en haut et en dehors.

Le malade entré à l'hôpital, j'habituai peu-à-peu le fond de la gorge et l'isthme du gosier au contact des corps extérieurs, en portant chaque jour sur ces parties tantôt mes doigts, tantôt des instrumens métalliques. Bientôt ces manœuvres purent être supportées sans qu'il en résultât le moindre effort de vomissement; mais elles ne purent empêcher les mouvemens du voile du palais dont j'ai parlé plus haut. Le malade, épileptique, eut quelques accès qui me forcèrent encore à retarder le moment de l'opération, et qui nécessitèrent quelques émissions sanguines.

Le 11 janvier 1834, je pratiquai l'opération de la façon suivante : le patient placé sur une chaise, en face d'une fenêtre, la tête légèrement renversée en arrière et maintenue par un aide qui l'appuyait sur sa poitrine, la bouche grandement ouverte, sans moyen artificiel pour s'opposer au rapprochement des mâchoires non plus qu'à l'élévation de la langue, je saisis à l'aide de la pince de M. Græfe, tenue de la main gauche, l'angle inférieur de la division du côté gauche; puis avec la main droite armée d'une pince à pansement ordinaire, je pris l'aiguille configurée comme celle dont j'ai parlé, mais qui en différait en ce qu'elle était très-plate à son talon, ce qui nuisait à la solidité avec laquelle la pince la tenait saisie. La contraction des muscles du voile du palais apporta un obstacle assez grand à ce que je pusse tendre exactement ce voile avec la pince à dents de souris. Il fallut, par une traction légère et graduée, lutter contre cette contraction qui pendant l'opération fut une source de difficultés qui se reproduisirent et pour le passage de chaque aiguille, et pour l'avivement, et pour la constriction des ligatures. Je suis étonné que les auteurs qui ont traité de la staphyloraphie n'aient pas fait mention de ces contractions musculaires. Serait-ce que ce phénomène a été exceptionnel chez mon malade, ou bien est-ce une omission de la part de ceux qui ont traité ce sujet avant moi ? Je l'ignore; mais ce que je puis affirmer, c'est que dans les cas où ce phénomène existe l'opération est beaucoup plus laborieuse.

Je ne m'arrêterai pas à décrire minutieusement le manuel opératoire que j'ai suivi pour passer les aiguilles d'avant en arrière, pour les retirer et placer ainsi trois points de suture; car j'ai agi d'après les préceptes que j'ai tracés dans le second paragraphe de ce mémoire. Chaque point de suture était d'ailleurs à la même hauteur de l'un et l'autre côté, à la distance de trois lignes environ, du bord de la suture; un intervalle égal séparait chaque fil dont le supérieur était presqu'au niveau de l'angle supérieur de la division, et l'inférieur à deux lignes du bord libre du voile du palais.

Pour pratiquer l'avivement, il fallut de nouveau saisir et tendre chaque moitié du voile avec la pince à dents de souris : la section de chaque lambeau fut faite de haut en bas, en suivant exactement le *modus faciendi* que j'ai exposé plus haut, si ce n'est que la crainte de rencontrer la paroi postérieure du pharynx avec la pointe du bistouri, m'a porté à n'employer cet instrument que pour faire la ponction du voile du palais, et à substituer de suite au bistouri pointu un bistouri à pointe mousse avec lequel j'ai achevé l'avivement.

Quoique ce changement d'instrument ne m'ait offert aucune difficulté, et qu'il ait à peine causé un retard de quelques secondes dans l'opération. que j'ai pratiquée, je crois cependant que l'on peut se dispenser d'y avoir recours, et que l'on peut sans inconvénient continuer à tailler le lambeau avec le même bistouri qui sert à le commencer. Il y a une distance trop considérable entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, pour que l'on ait à redouter de heurter cette paroi avec la pointe du bistouri.

Les deux lambeaux réunis et adhérens par leur sommet furent détachés d'un coup de bistouri et amenés au-dehors, ne formant qu'un seul tout, une espèce de V d'une épaisseur uniforme, et semblable aux lambeaux que l'on obtient par l'opération du bec-de-lièvre. Après avoir laissé saigner la plaie librement, je fis gargariser le malade avec de l'eau acidulée, et quand l'écoulement du sang fut entièrement tari je serrai les ligatures. L'inférieure affronta exactement et sans beaucoup de peines les lèvres de la plaie; la moyenne et la supérieure furent plus difficiles à lier, et un léger écartement entre les bords de la plaie subsista à leur niveau.

Le malade reconduit à son lit s'y tint couché la bouche tournée en bas, afin que la salive s'écoulât au-dehors par son propre poids. Je lui recommandai de ne faire aucun mouvement de déglutition, et d'observer le plus grand silence. Ces ordres furent suivis avec la plus grande attention, et pendant cinq jours le malade ne fut nourri qu'à l'aide de lavemens composés de bouillon et de jaunes-d'œuf. Pendant ce temps il s'était fait le long de la plaie une exhalation de mucosités épaisses d'un jaune blanchâtre, qui cachaient en partie les ligatures. Au sixième jour, les fils furent enlevés : déjà la moitié inférieure de la plaie était réunie par une bonne cicatrice; il en était de même vers l'angle supérieur, mais il existait au milieu un intervalle de près de six lignes de hauteur sur trois de large. Cette fente fut touchée tous les deux ou trois jours avec le nitrate d'argent, et sous l'influence de cette cautérisation on la vit se rétrécir de jour en jour, et finir par s'oblitérer entièrement. Cette occlusion s'est fait long-temps attendre; elle n'a été parfaite que dans les premiers jours du mois de mars, c'est-à-dire sept semaines après l'opération. Le malade a été présenté à l'Académie de Médecine dans le courant de ce mois; la restauration du voile du palais était aussi exacte que possible, un petit bout de luette terminait le milieu du bord libre du voile. Les fonctions de la déglutition étaient aussi régulières que chez une personne dont le palais a toujours été bien conformé; la parole était encore difficile, mais elle était déjà assez nette pour qu'on pût entendre aisément ce que le malade voulait dire; tandis qu'avant l'opération il lui était souvent impossible de se faire comprendre.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE;

PAR MM. BAYLE, CAYOL, GIBERT, MARTINET.

AVRIL 1834.

Du traitement des névralgies;

Par L. MARTINET.

La névralgie étant une des maladies les plus opiniâtres, une de celles qui résistent le plus à toute espèce de traitement, que ce traitement soit rationnel ou empirique, il est nécessaire de s'occuper de prime abord de la recherche des causes qui ont pu en amener le développement; en effet, ce n'est que la juste appréciation de ces mêmes causes et de la connaissance exacte des circonstances qui ont coïncidé avec l'apparition de la névralgie que l'on peut espérer quelque succès des moyens qui seront mis en usage.

On commencera par s'assurer que la névralgie ne dépend pas d'une altération matérielle du nerf qui en est le siége, c'est-à-dire d'une inflammation ou d'une dégénérescence. On examinera si la douleur ne doit pas être attribuée à la présence de quelque ganglion, de quelque tumeur développée dans le voisinage ou sur le trajet du nerf; et l'on ne se contentera par d'explorer celui-ci dans ses parties douloureuses, mais dans ses ramifications les plus éloignées, et vers son origine, car la cause matérielle de la névralgie peut exister dans les gros centres nerveux, le cerveau et la moelle épinière, comme dans ses branches ou dans ses derniers épanouissemens, ainsi qu'on l'observe pour les douleurs dites de tissu. On aura aussi à vérifier si la névralgie n'est pas occasionnée par la présence de quelque tumeur étrangère aux nerfs eux-mêmes, existant dans certains organes plus ou moins éloignés, et s'accompagnant de douleurs qui, venant à se propager jusqu'aux derniers rameaux du nerf actuellement atteint de névralgie, sont cependant évidemment la cause de cette dernière, comme cela s'observe pour la coxalgie, certaines dégénérescences de l'utérus et les tumeurs blanches du genou, qui donnent si fréquemment lieu à des névralgies sciatiques et crurales.

La névralgie s'est-elle développée à la suite de la suppression ou de la diminution d'un flux sanguin naturel ou accidentel à la suite de la répercussion d'un exanthème chronique, d'une sueur partielle du corps, d'un écoulement purulent auriculaire, nasal ou autre, enfin à la suite de la cessation d'un état morbide quelconque, on s'occupera avant tout de rétablir ce flux ou cette maladie tels qu'ils étaient avant l'apparition de la névralgie, à moins qu'ils ne fussent plus graves que cette dernière, et alors on y suppléerait par un cautère.

Si la névralgie, ce qui est rare, dépend de la présence de vers dans le canal digestif, ou aura recours aux purgatifs anthelmintiques, puis aux amers; si elle résulte, ce qui est plus rare encore, d'un état saburral ou bilieux des premières voies, on administrera de prime abord un vomitif ou un lavage.

Si la névralgie paraît devoir être attribuée à la profession qu'exerce le malade, aux localités dans lesquelles il réside, à certaines habitudes qui lui sont ordinaires, à son genre de vie, aux influences atmosphériques auxquelles il peut être exposé, telles que le froid, le vent, l'humidité, il faut placer le sujet dans des conditions opposées, et même, si la névralgie est très-douloureuse, opiniâtre, et tend à envahir plusieurs nerfs, l'engager à changer de climat, à vivre sous un ciel plus favorable, en Italie par exemple.

Si la névralgie est survenue à la suite d'une syphilis incomplètement traitée, à plus forte raison à la suite de la cessation brusque de quelque symptôme vénérien, tel qu'un écoulement, il faut soumettre rigoureusement le malade à un traitement antisyphilitique, rappeler l'écoulement supprimé, et diriger contre la névralgie les moyens particuliers dont nous nous occuperons tout à l'heure. C'est ici que les frictions mercurielles poussées ou non jusqu'à la salivation, les fumigations de cinabre, le rob de Laffecteur, le calomélas, le sublimé uni à l'opium, se sont fréquemment montrés utiles.

Lorsque la névralgie dépend de la suppression d'une affection herpétique ou psorique, ou coïncide avec l'une ou l'autre de ces maladies, le vésicatoire à demeure devient plus particulièrement nécessaire; il faut que cet exutoire soit placé sur le point le plus douloureux, si le siége de la névralgie le permet. Les bains sulfureux, la douce-amère, les iodures et les différens traitemens dont il est fait mention dans les maladies de la peau seront mis en usage concurremment avec ceux que réclame la névralgie.

Ayant toujours égard à la nature de la cause sous l'influence de laquelle la névralgie s'est développée, nous dirons que celle qui existe chez les sujets goutteux ou nés de goutteux chez les sujets affectés de rhumatismes ou nés de parens tourmentés de rhumatismes, se montre excessivement opiniâtre, et exige les précautions les plus minutieuses pendant toute la durée du traitement. Le moindre refroidissement, la moindre exposition à l'humidité, tendent à rappeler les douleurs ou à les faire passer d'un nerf à un autre, ce qui constitue la névralgie rhumatique. Chez ces personnes il devient indispensable de recommander l'usage habituel de la flanelle sur tout le corps, d'établir un cautère à demeure, de les soumettre à un régime alimentaire très-doux, composé de viandes blanches et de végétaux, et quelquefois même à une diète purement lactée; de leur recommander l'emploi fréquent des eaux thermales, des bains, des douches, des bains de vapeur, avec toutes les précautions hygiéniques qu'exige cet ordre de moyens; de prescrire à l'intérieur les eaux de Vichy, de Contrexeville, du Mont-d'Or, etc.; enfin de conseiller à ces malades de se fixer, si cela devient nécessaire, dans un pays plus chaud, où la température soit douce et peu variable. Si la névralgie a succédé au déplacement de la goutte ou du rhumatisme, les rubéfians cutanés, les pédiluves, l'application du cataplasme de Pradier, les vésicatoires volans pourront rappeler l'affection arthritique ou rhumatismale à son siége primitif, et rendre ainsi la névralgie moins opiniâtre. Les traitemens intérieurs qui ont particulièrement été recommandés dans cette complication de la névralgie sont : la teinture de colchique, les robs d'hyèble et de gaïac, le kermès minéral, le vin d'absynthe, et à l'extérieur les embrocations avec les baumes Opodeldoch, Tranquille, Nervin, etc., les fumigations locales, les douches de vapeurs de camphre, de succin, de mirrhe, de genièvre, ou de sureau.

Quelques praticiens ont cru observer que les sujets scrofuleux supportaient mal l'emploi des vésicatoires à demeure dans les névralgies, et que les exutoires n'apportaient à la douleur aucune espèce d'amélioration. On a également conseillé de ne pas trop surexciter les malades par un traitement stimulant, la névralgie exagérant déjà beaucoup par elle-même l'irritabilité, qui, ainsi exagérée, rend à son tour la guérison plus difficile.

Chez les individus affectés de cancer la ciguë et les préparations arsénicales ont été plus particulièrement préconisées.

Ces préliminaires relatifs aux causes une fois établis, nous ajouterons qu'il faut dans le traitement des névralgies avoir surtout égard aux différences que le sexe, l'âge, la constitution, l'idiosynerasie de chaque sujet apportent au choix de tel et tel moyen thérapeutique; qu'il faut avant de commencer un traitement placer le malade dans les conditions les plus avantageuses pour assurer le succès de ce traitement, c'est-à-dire qu'il faut diminuer par la diète ou par la saignée l'exubérance de forces ou la pléthore qui pourraient exister, fortifier, au contraire, par un régime convenable celui qui est dans un état de débilité trop grande, enfin chercher par des sédatifs à calmer l'excès d'irritabilité de celui dont la sensibilité est trop exaltée. Bien entendu que ces conseils ne sont applicables qu'aux cas de névralgies opiniâtres ou très-douloureuses, et qui par cela même exigent que le médecin s'entoure de toutes les précautions qui peuvent favoriser la guérison.

Pendant le cours de la névralgie, il est quelquefois nécessaire de tirer du sang par la veine ou par les capillaires; non pas que la saignée soit en général réclamée par la névralgie elle-même, mais elle l'est plutôt par l'état de congestion consécutive qui se développe dans les parties devenues douloureuses, par le fait même de la répétition des douleurs. Dans ce cas, quelques sangsues à l'anus ou sur le siége même de la névralgie, une saignée au bras, ramènent l'affection existante à sa simplicité primitive. La force, le développement du pouls, ne sont guère les signes sur lesquels il faut établir l'indication de la saignée, la circulation générale n'étant que très-peu troublée par l'état de souffrance des nerfs; aussi doit-on plutôt s'en rapporter à l'état de congestion de la tête ou des régions douloureuses.

Une autre considération qui ne doit point échapper au praticien, c'est la difficulté qu'éprouve le système nerveux à se débarrasser d'une douleur fixée sur une partie quelconque de ces régions, lorsque cette douleur existe depuis un certain temps; c'est la disposition qu'il contracte à propager cette maladie d'un nerf à un autre nerf, et quelquefois aussi à la métamorphoser en une affection plus grave, une chorée, une paralysie, une épilepsie avec *aura* le plus ordinairement, ainsi que nous l'avons nous-même plusieurs fois observé.

L'énergie et la durée du traitement doivent se mesurer sur l'intensité de la douleur, sur son opiniâtreté, sur le nombre des nerfs intéressés, sur la sensibilité du malade, sur la gravité des accidens qui accompagnent la névralgie; le traitement doit alors être général et local en même temps. On se borne aux moyens purement locaux lorsque la douleur est modérée, récente, facilement supportée, et lorsqu'elle ne tend pas à se propager à d'autres nerfs. Lorsque la névralgie retentit plus fortement vers un organe, et jette le trouble dans la fonction qui lui est départie, il devient utile de s'occuper en même-temps de cet organe ou de diriger de bonne heure contre lui un traitement approprié à la na-

ture des désordres dont il est le siége. C'est le moyen de prévenir des complications qui agravent toujours la maladie primitive. Enfin, il ne faut pas ignorer que le traitement même le plus rationnel doit être employé non-seulement lors des rémissions, mais encore pendant les paroxysmes; car il arrive souvent qu'appliqué pendant l'une ou l'autre de ces époques il échoue, tandis qu'il réussit au contraire très-bien durant l'autre.

Bien que nous ayons commencé par établir en principe que le traitement de la névralgie devait d'abord être dirigé contre la cause qui lui avait donné lieu, nous ne pouvons cependant pas dissimuler que, dans un grand nombre de cas, la douleur subsiste après la cessation de cette même cause. Alors il faut recourir aux moyens qui ont été le plus généralement couronnés de succès dans des circonstances analogues, ne pas se regarder comme battu parce que l'on vient d'échouer, et passer successivement d'un traitement à un autre, sans persévérer trop long-temps dans l'usage d'un médicament qui n'est pas suivi d'une amélioration sensible : c'est pour cela qu'il devient indispensable de bien connaître tout ce qui a été publié sur cette partie de la thérapeutique, ce à quoi nous allons essayer d'initier le lecteur par l'exposition suivante. Occupons-nous d'abord des différens modes de traitement à l'aide desquels on doit combattre la maladie, nous parlerons ensuite des moyens à employer pour faire cesser la douleur pendant la durée des paroxysmes ou des accès.

Lorsque la névralgie est intense, opiniâtre, quel que soit en général le nerf affecté, il faut, pendant le temps de la rémission, c'est-à-dire lorsque les douleurs sont modérées, et que l'estomac permet d'administrer des médicamens narcotiques, donner la préférence à l'acétate de morphine à la dose d'un huitième à un quart de grain par prise, trois fois par jour, soit en pilules, incorporé à la poudre de gomme arabique, soit en potion, avec une eau distillée aromatique et le sirop de quinquina. Les extraits qui peuvent être mis sur la même ligne que l'acétate de morphine, sont ceux de jusquiame, de ciguë, d'aconit, de datura stramonium, de belladone, d'opium, que l'on commencera par quart de grain ou par demi-grain par prise, répétée plusieurs fois par jour, jusqu'à ce que la douleur cesse. L'on se guidera, pour le choix de l'un ou l'autre de ces médicamens, sur la susceptibilité particulière du malade. Mais, si les accidens qui ont coutume de se développer à la suite de l'emploi de ces substances narcotiques survenaient, on devrait en diminuer la quantité au fur et à mesure, ou même les suspendre complétement. C'est alors qu'il est utile de les combiner à d'autres médicamens qui atténuent leur effet nuisible. De là ces nombreuses formules proposées par tant de praticiens, et, comme il n'est pas de maladie plus opiniâtre que la névralgie, on ne doit pas être étonné de trouver que la thérapeutique est en même temps et si riche et si pauvre.

Les combinaisons qui ont le plus souvent réussi à calmer les douleurs des nerfs, sont celles de jusquiame, de valériane et de zinc. Les extraits désignés plus haut, unis soit au camphre, soit au musc, au castoreum, à l'assa fœtida, à la gomme ammoniaque, à la résine de gaïac, à l'oxide de zinc, à l'extrait de douce-amère, au magister de bismuth, aux diverses préparations d'antimoine, kermès, soufre doré, aux sels de quinine, au quinquina, au muriate d'ammoniaque, à l'éther, au calomélas, au tartre stibié, à la graine de moutarde, aux poudres de feuilles d'oranger, de rhubarbe, de guy de chêne, substances qui, toutes aussi, peuvent être administrées isolément.

Lorsque l'on a épuisé un certain nombre de médicamens, il faut recourir à d'autres et les prescrire sous des formes différentes, leur forme ayant une influence remarquable sur la manière dont ils peuvent agir. Il ne faut point se décourager tant que rien n'indique que le nerf n'est pas altéré dans sa texture, et tant qu'il reste quelque médicament héroïque qui n'a pas été administré. C'est pourquoi nous ajouterons à ceux que nous venons de faire connaître les suivans, à l'aide desquels il n'est pas de praticien qui n'ait obtenu de nombreuses guérisons : ce sont la teinture de galbanum unie à l'éther; le soufre doré d'antimoine, deux grains, uni au nitrate de potasse, dix grains, dose que l'on répète d'heure en heure; l'extrait de jusquiame noir, quatre grains, uni au calomelas, un grain, donné en deux fois d'après le docteur Ereteing; l'opium, l'ipécacuanha, le camphre et le carbonate d'ammoniaque employés en pilules avec succès par M. Récamier; le camphre, la résine de gaïac et l'extrait de jusquiame recommandés par le même praticien; une forte infusion de café; la solution de Fowler et la teinture thébaïque à la dose de dix gouttes trois fois par jour, pour commencer, ainsi que le prescrit Robert Thomas; l'aloès uni à la rhubarbe, selon quelques médecins de Genève; la teinture de colchique à la dose de vingt-quatre à quarante gouttes par jour; le tartre stibié et l'opium brut à parties égales, en débutant par des pilules de trois grains, et portant ensuite graduellement ces deux substances jusqu'à dix et douze grains par jour, les effets propres à chacune d'elles se trouvant neutralisés par leur mélange, le chlorure de potasse en pilules, de douze à vingt-quatre grains par jour en quatre ou six prises (Récamier, Heller); l'essence de térébenthine, dont les avantages se font particulièrement observer dans les névralgies des membres; le vin antimonié, précédé de l'emploi du calomélas; l'acide hydrocyanique incorporé dans du sirop de gomme, et qui ne doit jamais être administré à plus de trois ou quatre gouttes dans les vingt-quatre heures; enfin, le sous-carbonate de fer que l'on donne depuis un scrupule jusqu'à un et deux gros par jour, en trois prises.

Lorsqu'il y a impossibilité à prescrire des médicamens à l'intérieur, l'homme de l'art possède encore une puissante ressource dans la méthode endermique; il peut attaquer la névralgie par tous les extraits narcotiques dont il a été fait mention plus haut, par l'acétate de morphine, le cyanure de potassium, le datura stramonium, etc. Mais, comme l'action de ces substances ainsi administrées est beaucoup plus rapide, plus forte et presque immédiate, on doit ne les employer qu'à des doses très fractionnées, un sixième, un quart, un demi-grain. A cet effet on place le médicament en poudre sur un morceau de linge ployé en double, et l'on applique une des surfaces libres du linge sur le derme préalablement dénudé à l'aide de la pommade ammoniacale; de cette sorte l'absorption se faisant moins rapidement, le médicament ne détermine pas de douleurs locales.

D'une autre part, en même temps que l'on attaque la névralgie par des remèdes à l'intérieur, on cherchera à so-

conder leurs effets par diverses applications externes. Et dans le choix de ces derniers moyens on se réglera sur le plus ou moins d'intensité ou de durée de la maladie, de manière à n'employer contre une névralgie modérée que des agens qui soient d'une application facile, et qui ne laissent sur la peau aucune trace désagréable. Ainsi en première ligne on placera les ventouses sèches et scarifiées ou les vésicatoires fixes et volans. Dans les névralgies chroniques, on donnera la préférence aux taillades pratiquées avec le cautère actuel (ainsi que le recommande Celse), aux moxas et aux cautères le long du trajet des nerfs douloureux ou dans leur voisinage. Nous en dirons autant de l'acupuncture qui, dans quelques circonstances, a été suivie d'heureux résultats, de l'usage d'un courant galvanique intermittent dirigé sur le nerf malade, agent d'autant plus efficace qu'il modifie réellement le mode de sensibilité du nerf; de la flagellation, de la percussion des parties affectées, procédé que nous avons vu employer avec succès; de l'électricité (frictions, étincelles, etc.), qui, de cette manière, agit seulement sur la peau, et en l'irritant. Nous recommandons également les frictions et les embrocations avec les divers baumes calmans, avec les linimens à base de camphre, d'opium, d'ammoniaque ou de teinture de cantharides, avec l'essence de moutarde ou le liniment hongrois, avec les huiles de cajeput, de térébenthine, de laurier (Odier), avec l'éther acétique uni au laudanum, avec les pommmades de tartre stibié, de sublimé, de vératrine, et enfin avec la liqueur de Pearson, laquelle a pour effet de développer un exanthème artificiel, non-seulement sur les parties où elle est appliquée, mais souvent encore sur d'autres régions plus ou moins éloignées, circonstance que ce médecin regarde comme favorisant le succès :

Prenez :	Huile d'olives	2	gros.
	Essence de térébenthine	3	gros.
	Acide sulfurique	1	gros.

Parmi les moyens externes, nous citerons encore la cautère objectif, l'application des cataplasmes chauds de graines de lin, de ciguë, de figuier d'Inde, de belladonne; les emplâtres d'opium, d'aconit, de ciguë, de morelle; les compresses trempées dans une solution de chlorure et mieux de cyanure de potassium, les sinapismes sur les parties douloureuses, les pédiluves et manuluves irritans, les bains domestiques, les bains de vapeur, le massage, les bains russes ou les bains égyptiens, les fumigations et les douches de vapeurs de plantes émollientes et narcotiques, ou de myrrhe, de succin, de camphre, d'assa-fœtida; les fumigations de chlore, de soufre, d'éther; et si la névralgie se lie à une affection vénérienne, de calomélas ou de cinabre, les bains de sable chaud, l'application de briques chaudes sur les parties douloureuses, les applications d'eau froide, de glace sur les régions où siége la névralgie, si le malade accuse de la chaleur, et que celle-ci exaspère la douleur, enfin la compression méthodique si la région affectée le permet. Nous ne terminerons pas cette partie du traitement sans parler de la méthode recommandée par le docteur Odier de Genève, qui s'applique également à toutes les névralgies, quoiqu'il l'emploie particulièrement dans la sciatique. Cette méthode consiste à couvrir entièrement le corps de flanelle, puis à faire coucher le malade entre deux couvertures pendant trois jours, temps durant lequel on peut administrer les diaphorétiques à l'intérieur. Le quatrième jour, on donne une boisson abondante. Il est des praticiens qui emploient concurremment l'opium brut par quart ou demi-grain de deux en deux heures. Si ce dernier traitement échouait, et si les médicamens indiqués plus haut ne pouvaient, par une raison quelconque, être mis en usage ou n'étaient suivis d'aucun soulagement, alors on pourrait encore recourir aux frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation.

Ce n'est point assez d'avoir fait connaître les divers modes de traitement qui peuvent être administrés contre la névralgie, il faut encore fixer son attention sur les moyens à l'aide desquels il est possible de se rendre maître des paroxysmes névralgiques, ou du moins de diminuer leur violence et leur durée dans le cas où ils n'auraient pas été prévenus. C'est ainsi seulement que le praticien peut ne pas demeurer spectateur oisif des souffrances qu'occasionne cette cruelle maladie.

C'est en attaquant la douleur dès son apparition, au début de l'accès, que les chances de réussite sont les plus grandes. Au nombre des traitements à employer à cette époque nous placerons les embrocations sur les parties affectées, faites avec l'essence de moutarde, avec la solution du cyanure de potassium, avec les linimens à base d'ammoniaque, d'éther acétique, de laudanum, de teinture de cantharides, d'essence de térébenthine, avec les pommades de tartre stibié et de vératrine, avec les baumes de Fioravanti, du Commandeur, Opodeldoch, etc. Ces frictions devront être pratiquées dans toute la longueur du trajet nerveux, ou seulement sur une de ses régions, selon que l'observation fera connaître que telle ou telle méthode soulage davantage le malade. Nous en dirons autant du cautère objectif qui peut être promené le long du trajet douloureux, des douches de vapeurs, des ventouses, de l'application des topiques froids, chez quelques personnes que la chaleur incommode, de la flagellation avec de petites orties blanches, de la percussion cadencée des parties souffrantes, de la titillation et du chatouillement de la peau par une main étrangère. En même temps que l'on usera des frictions, on prescrira des pédiluves et des manuluves sinapisés ou aiguisés avec l'acide hydrochlorique, des sinapismes ou des cataplasmes de raifort, de cresson, d'ail, d'oignon, sur les parties du corps éloignées du siége de la douleur. Si ces moyens échouent, on peut recourir à l'application instantanée d'une ou de plusieurs mouches de vésicatoires le long du trajet du nerf malade, à l'aide de la pommade ammoniacale, dans le cas où le siége de la névralgie permet de les employer, ce qui met à même d'user ensuite de la méthode endermique, c'est-à-dire de l'application sur le derme dénudé, soit d'une petite quantité d'acétate de morphine, un sixième à un quart de grain, soit de la poudre de datura-stramonium à la dose d'un à trois grains. Ce médicament a, chez quelques sujets, l'avantage de ne pas déterminer des nausées comme le précédent. Enfin on peut aussi appliquer sur le derme du cyanure de potassium, ainsi que nous l'avons fait connaître plus haut.

On peut encore, pour prévenir les accès de névralgies,

placer un vésicatoire sur le lieu douloureux avant le début du paroxysme.

A tous ces traitemens dont nous avons vérifié plusieurs fois les avantages, on doit ajouter une commotion morale subite, l'usage de l'électricité ou du galvanisme à l'aide d'un courant intermittent, enfin la compression des parties au moyen d'une ligature circulaire ou d'un appareil à pression méthodique. Nous avons vu aussi la distraction produite par la musique, un violent exercice, une marche forcée, un bain avec affusion, l'usage du vin de Champagne donné à une dose suffisante pour causer un léger état d'ivresse et un sommeil consécutif, amener la cessation de violens accès névralgiques.

D'une autre part, on pourra administrer à l'intérieur de petites doses de morphine, d'extraits narcotiques, soit de jusquiame, soit d'opium ou de stramonium, si déjà l'on n'a employé ces substances par la méthode endermique. Une forte infusion de café a également quelquefois fait cesser des accidens qu'aucun traitement n'avait pu calmer.

Si la névralgie est intermittente, quel que soit du reste son siége, le sulfate de quinine ou le quinquina, soit seul, soit uni au chlorate d'ammoniaque comme le prescrivait Chaussier, sera administré pendant l'intervalle des accès. Si l'accès n'a pu être prévenu, et que la douleur commence à se faire sentir malgré l'emploi des antipériodiques, on aura, dès le début, recours à la ligature ou à la compression, à l'application des ventouses sur les parties douloureuses; enfin, aux différens moyens thérapeutiques dans le détail desquels nous sommes entrés en parlant des paroxysmes névralgiques. Nous ne dirons rien des sangsues, des ventouses scarifiées et de la saignée, qui échouent d'ordinaire, à moins que le sujet ne soit pléthorique, ou qu'il n'existe un état évident de congestion locale.

Il est des circonstances particulières qu'il est bon de connaître, parce qu'elles peuvent faire varier le traitement des névralgies; ainsi, pendant l'époque de la grossesse, une saignée peut devenir utile, vu l'état de pléthore générale ou locale qui l'accompagne ordinairement.

Lorsque les convulsions viennent se joindre aux accès de névralgie, et qu'elles entraînent à leur suite une insomnie continuelle, il fait alors user plus particulièrement des opiatiques, soit en lavement, soit par la méthode endermique.

Quant aux paralysies consécutives à l'existence des névralgies, qu'on observe assez souvent à la face et aux membres, elles réclament l'usage du galvanisme, de l'électricité et des douches de vapeurs ou d'eaux thermales; on peut également leur opposer avec avantage les bains, les frictions avec les pommades, les baumes et les linimens stimulans, les vésicatoires, les moxas, l'éruption cutanée artificielle d'une partie du corps au moyen de la liqueur de Pearson, ainsi que nous en avons déjà parlé.

Lorsque la névralgie affecte les membres, et qu'elle a son siége dans les nerfs brachiaux, sciatiques, cruraux, etc., il faut l'attaquer dès le début par des ventouses scarifiées, et mieux par des vésicatoires que l'on promènera sur toute la longueur de ces nerfs, et notamment sur les régions où ils sont superficiels. Lorsque les névralgies des membres sont très-violentes, que leurs paroxysmes sont fréquens, que le trajet nerveux est exactement dessiné par la douleur, que la nature de celle-ci a bien le caractère névralgique, alors il faut administrer l'huile de térébenthine à l'intérieur, à la dose d'un gros par jour environ, incorporée avec le miel rosat; ce médicament présente, dans ces cas, des chances presque assurées de succès. Si ce traitement échoue, ou qu'il ne puisse être mis en usage, il faut recourir aux bains de vapeurs aromatiques, aux bains sulfureux, aux douches, aux bains de sable, aux bains égyptiens, au massage ou à l'application le long des membres de briques très-chaudes; enfin, à l'usage des moxas sur les régions les plus douloureuses, ou à celui des taillades pratiquées avec le cautère actuel, comme l'a recommandé Celse.

On a encore proposé, en cas de sciatique avec douleur pédialgique, l'ustion pratiquée entre le gros orteil et le deuxième doigt, au moyen d'un stylet rougi au feu (Petrini).

Lorsque la douleur a son siége dans les pieds, un pédiluve très-chaud au début de l'accès nous a réussi pour calmer la douleur, qui quelquefois est excessive.

C'est ici le cas de mentionner la méthode de Hufeland contre la sciatique. Elle consiste le premier jour dans l'application d'un vésicatoire sur l'échancrure ischiatique; le deuxième on place un second vésicatoire sur le condyle du fémur; le troisième jour, un troisième sur la malléole externe; ces vésicatoires doivent être entretenus jusqu'à cessation complète de la douleur, tandis que d'une autre part on prescrit à l'intérieur le gaïac uni au soufre doré d'antimoine, au calomélas et à l'aconit; on termine par des bains chauds et trente à quarante gouttes par jour de la teinture composée de gaïac.

Prenez :	Teinture de gaïac,	6 onces.
	Id. antimoniale âcre,	3 gros.
	Id. thébaïque.	1 gros.
	40 gouttes par jour.	

La méthode de Cirillo, employée également dans les violentes névralgies des membres inférieurs, consiste dans des frictions pratiquées à la plante des pieds avec un gros de la pommade qui porte son nom. De quatre en quatre jours, on substitue un bain à la friction, et au douzième, on porte la dose de la pommade à deux gros. A l'intérieur, on se contente de boissons aqueuses.

Enfin, nous devons rappeler ici le traitement de la sciatique préconisé par le docteur Odier de Genève; mais, comme nous l'avons fait connaître en parlant des névralgies en général, nous renvoyons aux paragraphes où se trouve le traitement de ces sortes de névralgies.

Quant à la névralgie faciale à laquelle s'applique tout ce que nous avons dit plus haut, en parlant des névralgies en général, nous noterons encore que cette maladie cède quelquefois à l'emploi des sternutatoires, ainsi que l'a observé Thouret, à l'évulsion d'une dent surnuméraire, comme le rapporte J.-L. Petit, et à plus forte raison d'une dent cariée qui était la cause de l'irration des nerfs de la face. Cependant, à cette occasion, nous remarquerons que la coïncidence de la carie d'une dent avec une névralgie, du même côté de la face, induit souvent en erreur des praticiens qui, prenant la névralgie pour un effet de la douleur den-

taire, font arracher trois ou quatre dents à des malades qui nécessairement ensuite n'éprouvent aucun soulagement.

Nous avons vu une dame affectée de névralgie faciale qui n'était calmée qu'en prenant des glaces, et une autre en proie à une violente névralgie linguale, qui ne trouvait de relâche à sa douleur qu'en conservant continuellement dans la bouche de l'eau glacée; enfin, il en est d'autres qui apaisent leurs douleurs en mâchant du camphre.

Lorsque la névralgie reconnait pour cause la section incomplète d'un nerf ou d'un filet nerveux, ainsi qu'on l'observe à la suite de la saignée, il faut pratiquer la section complète du nerf blessé.

Si la névralgie est la suite de la présence d'un ganglion sous cutané, existant sur le trajet du nerf, c'est par l'extirpation du ganglion que l'on parvient à faire cesser la maladie.

Mais lorsque la névralgie s'est développée à la suite d'une contusion, et que le point de départ de la douleur existe dans la partie centrale de la région contuse, si les traitemens internes et externes, dont il a été parlé ci-dessus, ne peuvent la calmer, alors elle doit être combattue par le séton, le moxa ou le cautère; ce dernier peut être établi, soit avec le fer rouge, soit avec la potasse caustique, où à l'aide de l'acupuncture et d'un courant galvanique continu, procédé qui permet de cautériser très-profondément dans un diamètre limité; enfin, l'incision de cette même partie peut être pratiquée, ainsi que l'a recommandé Chaussier. Il en est de même lorsque l'irridiation névralgique a son point de départ dans une cicatrice. Dans ces différens cas, si l'on opte pour la cautérisation, il faut que celle-ci soit assez profonde pour comprendre toute l'épaisseur de la peau.

Il est bon de savoir que les douleurs névralgiques cessent quelquefois d'elles-mêmes et tout-à-coup par les seuls efforts de la nature, qui semble alors avoir épuisé la somme de sensibilité que pouvait offrir le malade; d'autres fois aussi elles entraînent dans différens organes des troubles secondaires, tels que des vomissemens, des accès d'hystérie, et des accidens qui disparaissent d'ordinaire avec la maladie principale.

Il est peu d'affections où le traitement prophylactique soit plus nécessaire que dans la névralgie, car il en est peu qui soient plus sujettes aux rechutes. Le meilleur moyen d'en prévenir le retour, c'est de soustraire le malade à l'action des causes qui ont développé la maladie, ou qui tendent à en augmenter la violence; en conséquence, on doit lui faire une loi de ne point s'écarter des règles de l'hygiène, d'éviter les vicissitudes atmosphériques, le passage du chaud au froid, *et vice versâ;* lui recommander pardessus tout l'habitation de lieux secs, bien aérés et d'une température douce. On devra entretenir la transpiration cutanée à l'aide de frictions, de bains de vapeur ou de bains domestiques, et faire une nécessité de l'usage de la flanelle sur tout le corps. Le régime alimentaire devra être doux, léger, composé de la chair de jeunes animaux, de végétaux frais et de lait, aliment auquel dans certaines circonstances on est obligé de se borner; on défendra l'usage du vin et des alimens épicés ou stimulans; on favorisera les évacuations alvines et urinaires, ainsi que les sécrétions cutanées, surtout chez les femmes qui approchent de l'époque de la cessation des menstrues; on s'opposera avec soin à la constipation, enfin, on recommandera l'exercice, les voyages, les distractions, et l'on évitera le jeu des passions et les commotions morales.

Toutes ces précautions hygiéniques s'appliquent également au temps où existe la névralgie, comme à celui où elle a cessé d'exister.

Nous terminerons cet article en rappelant un fait rapporté par Percy, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, à l'article *Cri*, lequel peut servir dans un cas semblable à prévenir le développement d'une névralgie qui, comme on va le voir, peut devenir excessivement grave. Une religieuse, préoccupée d'idées ascétiques pendant qu'on lui enlevait un cancer au sein, ne poussa pas le moindre gémissement tout le temps que dura l'opération, mais bientôt après elle fut prise d'une névralgie universelle qui mit ses jours en danger.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Sur une partie des meurtres de la rue Transnonain (1).

L'an mil huit cent trente-quatre, le mercredi seize avril, à 10 heures du matin.

A la requête de M. Frédéric Faber, propriétaire, demeurant à Paris, rue de la Ville-Levêque, 10,

Nous soussignés: Jean-Bruno Cayol, docteur en médecine et ancien professeur de la Faculté de Paris, médecin expert près la Cour royale, médecin consultant de l'Institution royale des jeunes aveugles et de l'infirmerie Marie-Thérèse, chevalier de la légion d'honneur, demeurant à Paris, rue de l'Odéon, n° 28;

Jean-Joseph-Louis-Auguste Deville, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement, et du 6e dispensaire de la Société philantropique, chirurgien aide-major de la 9e légion, demeurant à Paris, rue Geoffroy-Lasnier, n° 30,

Isidore Lange, docteur en médecine de la Faculté de Paris, demeurant à Paris, rue Grenier-Saint-Lazare, n° 8;

Et Jean François Payen, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, et chirurgien titulaire du 6e dispensaire de

---

(1) Dans un temps de troubles et de discordes civiles, où tout médecin peut être requis à l'improviste pour constater des faits de mort violente, nous croyons faire une chose utile, surtout pour les médecins et chirurgiens de certaines localités, qui sont peu versés dans l'exercice de la médecine légale, en consignant ici un exemple authentique, et bien propre à se graver dans la mémoire, en raison même de l'énormité des faits rapportés, qui sont encore tout palpitans, et qui ont glacé d'horreur la capitale du monde civilisé. (Note de la *Revue médicale.*)

la Société philantropique, demeurant à Paris, rue des Vieilles-Étuves Saint-Honoré, n° 1;

Assistés de Jean-Michel-Frédéric Dulamon, élève en chirurgie de la Faculté de Paris, demeurant à Paris rue Soufflot, n° 2;

Nous sommes transportés à la manufacture de papiers peints du sieur Breffort, sise à Paris, rue Transnonain, n° 12, où étant réunis, nous avons trouvé ledit sieur Faber, requérant, lequel nous a dit :

Qu'avant hier, lundi, à 6 heures du matin, pendant que l'émeute agitait encore ce quartier, la force armée s'étant introduite, au nom de la loi, dans ladite maison, en a envahi tous les étages, habités par diverses familles, et y a mis à mort douze personnes sans distinction d'âge ni de sexe; qu'il y a eu aussi plusieurs blessés qui vivent encore, et entr'autres un enfant de quatre ans qui a eu le coude fracassé d'un coup de feu, étant dans les bras de son père qui a été tué du même coup; qu'au nombre des morts, il en est trois dont il lui importe de faire constater authentiquement l'état cadavérique, savoir : 1° ledit sieur Breffort, son oncle, fabricant de papiers peints, âgé de 58 ans, qui a succombé hier matin à ses blessures, après 22 heures de souffrances; 2° le sieur Louis Breffort, jeune homme de 22 ans, tué sur place, dans une petite chambre au haut de la maison; 3° la demoiselle Annette Besson, âgée de 48 ans, intéressée dans la fabrique, et qui a été pareillement tuée sur place, dans le magasin, par un coup de feu tiré à bout portant;

Qu'il a l'intention, lui requérant, de poursuivre par les voies légales, les auteurs du meurtre de ces trois dernières personnes, tant en son propre nom, comme neveu du sieur Breffort, que comme se portant fort pour le sieur Charles Breffort, son oncle, frère du sieur Breffort, décédé, ledit oncle demeurant à Meulan (Seine-et-Oise), d'où il a déjà fait connaître sa volonté, en attendant qu'il puisse se rendre à Paris; et qu'à cet effet, il nous requiert de constater les causes de la mort des trois personnes ci-dessus désignées. Desquels dires et réquisition, nous avons donné acte au sieur Faber, requérant, qui a signé en cet endroit, après lecture. *Signé* F. FABER.

En ce moment était présente la dame Geneviève-Rosalie Poirier Bonneville, intéressée dans ladite fabrique, où elle demeure, seule survivante aujourd'hui de tout le ménage, et témoin oculaire du désastre, dont elle a failli devenir victime, suivant le récit qu'elle nous a fait, en nous montrant ses mains sillonnées de plusieurs blessures qu'elle aurait reçues en se débattant pour détourner les coups de baïonnette qui étaient portés au sieur Breffort : laquelle dame nous a dit, que, comme tante de la demoiselle Annette Besson, dédédée, et comme associée, et ancienne amie du sieur Breffort, elle approuve les poursuites dont il s'agit; mais que son âge et sa position ne lui permettant pas de prendre une part active à ces poursuites, ni d'y intervenir comme partie civile, elle nous invite seulement, dans l'intérêt de la justice et de l'humanité, à déférer à la susdite réquisition. Et a, ladite dame, signé en cet endroit, après lecture.

Signé G. R. POIRIER BONNEVILLE.

Et aussitôt ledit requérant nous a présenté trois cadavres (deux hommes et une femme) gisans côte à côte dans un atelier de la fabrique, auprès du magazin, et déjà déposés dans des cercueils, que les agens des pompes funèbres allaient emporter. Ayant obtenu de ces agens le sursis nécessaire pour l'exécution de notre mandat, nous avons procédé successivement, et de la manière suivante, à l'examen des trois corps, dont l'identité nous a été attestée par le requérant, et par d'autres personnes présentes qui ont dit les bien connaître.

1° Le sieur *Breffort* : corps d'une stature ordinaire et d'un embonpoint assez fort; cheveux gris, front découvert. Nous avons d'abord remarqué trois plaies récentes à la région antérieure du tronc, savoir : une à la partie droite et inférieure de la poitrine, en dedans et un peu au-dessous du sein droit, une seconde à l'hypochondre gauche; et la troisième à l'ombilic. Ces trois plaies, toutes transversales, et longues d'environ un pouce, indiquaient par leur forme et leur aspect, l'action d'un instrument piquant et tranchant, tel qu'une baïonnette ou une pointe de sabre. Celle de la poitrine était superficielle, et ne pénétrait pas au-delà du tissu cellulaire sous-cutané. Les deux autres pénétraient dans le ventre, ainsi que nous nous en sommes assurés d'abord par la sonde, et ensuite par l'ouverture de la cavité abdominale. L'examen de cette cavité splanchnique nous a présenté : 1° l'intestin grêle perforé vers sa partie moyenne, dans le point correspondant à la plaie de l'ombilic; 2° une lésion plus superficielle (sorte d'éraflure) du colon descendant, dans le point correspondant à la plaie pénétrante de l'hypochondre gauche; 3° une quantité considérable (environ deux livres) de sang pur, épanché dans la grande cavité péritonéale, baignant toutes les circonvolutions des intestins, et remplissant la cavité pelvienne; 4° une extravasation et une infiltration de sang dans tout le tissu cellulaire du mésentère, et dans celui de la région lombaire gauche; 5° toutes les circonvolutions intestinales d'un rouge vif à l'extérieur, distendues par des gaz et contenant en outre beaucoup de sang épanché. Le peu de temps dont nous avons pu disposer pour cette nécropsie, vu l'urgence des préparatifs de l'inhumation, ne nous a pas permis de pousser assez loin les recherches, pour préciser les vaisseaux dont la lésion a pu donner lieu à l'hémorrhagie interne que nous venons de décrire, et que nous avons unanimement regardée comme la principale cause de la mort. La léthalité des deux plaies pénétrantes du bas ventre étant d'ailleurs bien reconnue, nous avons cru pouvoir nous dispenser de procéder à l'ouverture des autres cavités splanchniques, d'autant plus que l'examen extérieur du corps ne donnait aucun indice de lésion dans ces cavités. Nous n'avons reconnu, outre les trois plaies ci-dessus décrites, que deux autres petites plaies superficielles, situées à la partie interne et moyenne des avant-bras, sur leur bord cubital. Ces deux dernières plaies, d'après leur forme et leur situation, paraissaient être la conséquence de l'attitude qu'avait dû prendre le sieur Breffort, pour se garantir des coups de baïonnettes qui lui étaient portés, en cherchant à se couvrir avec ses deux bras.

L'examen le plus attentif de la surface du corps ne nous a fait découvrir aucune trace de coup de feu.

2° *Louis Breffort*. Corps d'une stature moyenne; che-

yeux et sourcils noirs. Plaie d'arme à feu à la partie antérieure et inférieure du col, pénétrant obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, jusqu'à la fosse sous-scapulaire de l'omoplate gauche, où la sortie de la balle est marquée par une escarrhe noire, d'un pouce environ de diamètre. D'après la direction et le trajet de cette plaie, que nous avons constatés par l'introduction d'une longue sonde, nous pensons que la balle a dû traverser la partie supérieure de la poitrine, et probablement le poumon gauche, après avoir déchiré la trachée-artère vers sa bifurcation, et peut-être aussi la crosse de l'aorte ou quelques-uns des troncs artériels qui en naissent. En portant le doigt dans le trajet, à l'entrée et à la sortie de la balle, nous avons reconnu une fracture comminutive de l'omoplate, et un broiement considérable des chairs, aussi loin que nous avons pu atteindre. Nous avons cru inutile de pousser plus loin nos recherches, la cause de la mort étant évidente pour nous tous.

3° *Annette Besson.* Cadavre de femme défiguré par une énorme plaie d'arme à feu au côté droit de la tête, avec écrassement de la mâchoire inférieure, dont un tiers environ a été emporté par le coup, de même que l'os malaire et une portion du maxillaire supérieur. Le reste du visage, ainsi que le col, est couvert de grains de poudre qui attestent que le coup a été tiré à bout portant. Nous avons remarqué aussi, à la partie supérieure du col, une plaie par instrument tranchant dans une direction oblique de bas en haut et d'arrière en avant, dont la lèvre supérieure était confondue dans l'énorme plaie d'arme à feu qui vient d'être décrite. Nous avons été portés à croire, d'après la situation respective de ces deux plaies, qu'elles ont été faites simultanément par un coup de fusil, tiré à bout portant, tandis que la baïonnette de cette même arme était plongée dans la partie supérieure du col, au-dessous de la mâchoire.

Après avoir ainsi terminé l'examen des trois cadavres, nous avons dû procéder immédiatement à la visite d'un quatrième, qui gisait encore dans la même chambre, à côté des précédens, et qu'on nous a dit être celui de Philippe-Louis-Henri Delarivière, âgé de 24 ans, principal clerc chez M. Legrand, avoué, place Hoche à Versailles, ledit Delarivière, ami du sieur Breffort, et s'étant trouvé accidentellement chez lui, au moment du désastre. Le corps de ce jeune homme a été reconnu, et nous a été présenté par le sieur Garmont, son oncle, tailleur d'habits, demeurant à Versailles, rue du Vieux Versailles, n°, lequel nous a requis en ce moment de constater la cause de la mort de son neveu, et a, ledit sieur Garmont, signé après lecture.

Signé : GARMONT.

Nous avons aussitôt procédé à cette constatation qui résulte des faits suivans :

Corps d'un jeune homme de 20 à 25 ans ; stature grêle, cheveux et sourcils noirs. Coup de feu sous l'aisselle gauche où l'on voit une plaie contuse d'environ deux pouces de diamètre, pénétrant fort avant dans la poitrine, ainsi que nous nous en sommes assurés par l'introduction du doigt, qui nous a fait reconnaître une fracture comminutive des côtes, avec broiement des parties molles jusqu'à une grande profondeur dans le poumon. Nous avons jugé inutile d'ouvrir la poitrine, et de suivre plus loin le trajet de la blessure (1). Nous avons remarqué aussi deux plaies par instrument tranchant qui divisaient transversalement la peau du front, et montraient à découvert le crâne au-dessus de l'arcade sourcilière, à droite, dans une étendue d'environ deux pouces. Deux autres plaies plus petites et plus superficielles existaient à la partie supérieure de la poitrine. Enfin nous avons compté sept autres plaies disséminées sur tout le dos, depuis les omoplates jusqu'à la région lombaire, toutes à peu près de mêmes forme et grandeur (direction transversale, six à huit lignes d'étendue), toutes évidemment produites par des coups de pointes de baïonnettes, qui n'ont pas pénétré au delà du tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons jugé inutile de pousser plus loin notre examen, la cause de la mort nous ayant paru suffisamment constatée par ce qui a été dit ci-dessus du coup de feu qui a pénétré dans la poitrine, au-dessous de l'aisselle gauche.

De tous lesquels faits, nous avons dressé le présent procès-verbal, séance tenante, dans la maison mortuaire ci-dessus désignée, les jour et an que dessus. Et avons signé en *quintuplicata*, suivant le desir du requérant.

Signé : CAYOL, DEVILLE, PAYEN ; — DULAMON.

N. B. Une lettre du docteur Lange, annexée au présent procès-verbal, annonce que ce médecin, étant malade, n'a pu se réunir à ses collègues pour signer avec eux.

---

(1) On a cherché inutilement la sortie de la balle, et l'on se demandait comment un coup de feu, qui paraissait avoir été tiré d'aussi près, n'avait pas traversé de part en part la poitrine. Des renseignemens recueillis sur les lieux, après la clôture du procès-verbal, ont appris que ce jeune homme, accourant aux cris d'Annette Besson, fut atteint par la même balle qui a fracassé la tête de cette demoiselle. On conçoit dès-lors comment la balle, déjà amortie par un premier choc, n'aurait pas conservé assez de force pour traverser tout le grand diamètre de la poitrine, et comment les meurtriers, ne se croyant pas assez sûrs d'avoir frappé mortellement la seconde victime, l'auraient *achevée* à coup de sabre et de baïonnette avec un acharnement dont on peut se faire une idée par le nombre des blessures qui ont été constatées sur ce cadavre.

JOURNAL

DE

LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE DE PARIS;

RÉDIGÉ PAR UNE COMMISSION DE SES MEMBRES.

IIIe ET IVe. TRIMESTRES 1833.

MÉMOIRE

SUR

L'ANATOMIE PHRÉNOLOGIQUE.

Des tubercules quadrijumeaux, du ruban gris des mammifères (circonvolutions latérales de la moëlle épinière des poissons cartilagineux), et des faisceaux longitudinaux de la moëlle épinière.

Par E.-M. BAILLY (de Blois.)

1°. *Justification du titre.*

C'est la première fois que les deux mots *anatomie phrénologique* se trouvent accolés l'un à l'autre; je dois donc commencer par en justifier l'emploi.

Le docteur Gall est le fondateur de l'anatomie philosophique du système nerveux, comme science ayant pour objet d'expliquer les fonctions du cerveau et des nerfs par leur structure, ou plutôt comme moyen de trouver le rapport qui existe entre les faits instinctifs et moraux de l'homme et des animaux, et certaines parties de leur organisation.

Avant ce grand physiologiste, on faisait simplement l'anatomie, sans chercher à lui rattacher les phénomènes intellectuels.

L'anatomie, quand elle consiste dans l'exposition descriptive des organes, dans le but d'en tirer des conséquences analogues à celles qui constituent la phrénologie, doit donc mériter l'épithète de *prénologique*. Ce titre seul indique la prétention et la nature des recherches dont se compose ce mémoire.

2°. *Méthode du docteur Gall.*

L'anatomie comparée et la psychologie comparée (1) sont les deux bases fondamentales de la doctrine de Gall. Sans les faits qu'il leur a empruntés, il lui eût été bien difficile de porter cette doctrine au point de perfection où il nous l'a laissée. C'est par les ressemblances des hommes et des animaux qu'il a trouvé ces belles lois générales applicables à tous les êtres doués d'un système nerveux.

C'est par leurs différences qu'il a pu décrire avec tant de bonheur et de précision les qualités caractéristiques de chacune des classes, de chacune des espèces, dont il a ainsi créé l'individualité morale ou instinctive.

Il avait deux écueils à éviter en se servant de ces deux méthodes : s'il avait donné trop d'importance aux ressemblances, il serait resté dans le vague, et ses généralités eussent été sans application utile; s'il avait trop fixé son attention sur les différences, ses observations auraient conservé un caractère d'individualité et de détails, qui aurait éloigné toute idée de science fondée sur des principes généraux : l'utilité aurait manqué dans le premier cas, la conviction dans le second.

On aurait été en droit de demander à son système trop général : Où voulez-vous en venir? On aurait dit à ses observations de détail : Qui sait si un autre observateur ne vous démentira pas?

Lorsqu'on voulait combattre quelques idées du docteur Gall par des faits puisés dans l'anatomie comparée, il avait toujours coutume de répondre que le vrai physiologiste devait savoir s'arrêter au point convenable; que, bien qu'il y eût des dispositions communes aux hommes et aux animaux, lorsqu'on descendait dans un certain ordre de détails, il n'était plus possible d'appliquer à l'homme ce qui appartenait aux autres espèces, parce que chacune d'elles présentait une organisation qui ne se trouvait plus ailleurs.

Ce fut surtout à l'occasion de quelques découvertes que je venais de faire dans la structure des tubercules quadrijumeaux, qu'il comprit bien nettement la nécessité d'en faire une étude spéciale sur les animaux chez lesquels ils devaient jouer un rôle différent de celui qu'ils jouaient dans l'homme.

« Les tubercules quadrijumeaux, dit-il alors, ont bien réellement les caractères anatomique et physiologique que je

(1) J'entends ici par psychologie comparée, la science qui traite de l'observation des différentes aptitudes instinctives des animaux, comparées à celles de l'homme.

leur ai trouvés dans l'homme et les espèces qui s'en rapprochent le plus. »

« Puisque vous avez trouvé autre chose dans les reptiles et les poissons, c'est qu'en effet il est difficile de croire que leur manière de vivre et de sentir, si différente de la nôtre, ne doive pas tenir à une organisation aussi différente. C'est une nouvelle étude à faire, et qui ne peut en rien renverser les faits positifs observés sur l'homme ; il est impossible qu'un poisson vive et sente comme nous, lorsque ses appareils ressemblent si peu aux nôtres. »

J'ai cru devoir raconter ce qui précède, pour montrer que mon travail, loin d'être une critique ou une réfutation du système de Gall, était plutôt une application des principes les plus généraux de sa méthode d'observation.

3°. *Conséquences de cette méthode.*

Lorsque deux systèmes nerveux sont semblables par leur organisation visible et matérielle, le psychologiste ne doit pas en conclure qu'ils exercent des fonctions semblables. Toute la doctrine de Gall est fondée sur des observations qui nous démontrent au contraire que, bien qu'il n'y ait pas de différence à l'œil et à l'analyse chimiques entre la substance nerveuse du cerveau appartenant à des animaux d'espèces et de classes différentes, il y en a cependant une très-grande dans leurs propiétés intimes, puisqu'ils sont le siège de penchans aussi variés que ceux que l'observation nous signale.

C'est donc à l'observation des des actes vitaux qu'il appartient de décider de la nature des qualités attachées au différens systèmes nerveux matériellement semblables.

Mais lorsque l'anatomiste trouve de grandes différences entre des organes qui portent le même nom, il est bien probable que leurs fonctions ne doivent plus se ressembler.

L'anatomiste est alors en droit de guider le physiologiste, et de lui dire : Observez bien les actes provenant de telles parties ; car il est impossible qu'une si grande variété de structure ne soit pas accompagnée d'une grande variété de propriétés vitales. Telles sont les conséquences auxquelles j'ai été conduit par l'anatomie pour les tubercules quadrijumeaux.

4°. *Opinion du docteur Gall sur les fonctions des tubercules quadrijumeaux.*

Avant le docteur Gall, il existait beaucoup d'incertitude sur la nature des tubercules quadrijumeaux.

Il est bien reconnu, aujourd'hui, que c'est à lui qu'on doit d'avoir des notions nettes et précises sur leurs rapports avec les nerfs optiques.

Il a démontré jusqu'à l'évidence la plus complète, à l'aide de l'anatomie comparée, qu'ils étaient l'origine de ces nerfs, et cela dans l'homme comme dans les autres animaux.

Pour justifier encore sa démonstration, il a également mis à contribution l'anatomie pathologique, qui lui a fourni des faits dans lesquels l'altération organique de l'une de ces éminences a coexisté avec une altération des fonctions de l'œil correspondant.

Pour lui, ces tubercules ne sont que des ganglions de matière grise, sans organisation fibreuse, et semblables à tous les ganglions d'origine des nerfs.

Tous les anatomistes sans exception ont adopté sa manière de voir, quant à l'origine des nerfs optiques ; et sans se prononcer sur la valeur de sa théorie de génération des fibres blanches par la matière grise, il est resté convenu comme fait non discutable que les tubercules quadrijumeaux avaient un développement proportionné à celui des nerfs qui en partaient.

Les tubercules quadrijumeaux, les nerfs optiques et l'œil, ont paru à tous les physiologistes les trois parties fondamentales d'un appareil exclusivement destiné à la vision.

5°. *Les tubercules quadrijumaux ne sont point des ganglions exclusivement liés à la vision ; ils n'ont aucun rapport constant avec le développement des yeux et des nerfs optiques.*

J'ai émis cette opinion dès l'année 1823. Mon voyage en Grèce m'ayant forcé de suspendre mes travaux anatomiques, dont les résultats sont restés à peu-près inconnus, je vais reprendre ici les recherches commencées il y a plus de dix ans.

Si les tubercules quadrijumaux étaient seulement l'origine des nerfs optiques, ils seraient donc en rapport constant avec ces nerfs. Or, cela n'est pas : car ils sont énormes dans la *taupe*, dont les nerfs optiques sont si petits que leur existence a été mise en doute. Ce fait seul détruit l'opinion que je combats.

Il y a également tous les rapports possibles entre les yeux et ces tubercules. Dans la *taupe*, l'œil est beaucoup plus petit qu'eux ; dans la *morue*, les yeux sont peut-être cinquante fois plus volumineux ; et entre ces deux animaux on peut placer une foule d'animaux qui nous présenteront tous les rapports possibles.

Dans la *taupe*, l'odorat est très-fin ; aussi le ganglion olfactif est-il très-développé. Eh bien ! les tubercules quadrijumeaux sont aussi gros que les ganglions olfactifs, et cependant les nerfs optiques existent à peine, et les yeux ne sont que de petits points noirs sans organisation sensible, et qui ne peuvent que rendre la vision une fonction rudimentaire.

Comment cela existerait-il, si les tubercules quadrijumaux étaient liés à la vision ?

6°. *Les tubercules quadrijumaux sont composés de deux ordres de fibres, dont les unes appartiennent à un système analogue aux circonvolutions cérébrales, et dont les autres sont l'origine des nerfs optiques.*

7°. *Dédoublement des tubercules quadrijumaux.*

Pour arriver à opérer ce dédoublement, il faut un peu d'habitude. Les poissons sur lesquels on doit s'exercer, sont le *merlan* et le *maquereau* ; je l'ai exécuté sur le thon et autres poissons osseux ; car je n'ai jamais réussi à le faire chez les poissons cartilagineux. Il faut commencer par couper le nerf optique avant sa réunion avec celui du côté opposé du côté de son lobe, puis le lever en tiraillant légèrement.

Quand on est arrivé au lobe même, on se sert de la pointe d'un bistouri pour le séparer de la calotte interne, dont on suit la direction des fibres dans les mouvemens qu'on imprime à son instrument.

On obtient alors deux calottes nerveuses bien distinctes, dont l'une, externe, n'est que la continuation ou le commencement du nerf optique, tandis que l'interne est l'épanouissement de fibres partant d'une espèce de corps strié qui se trouve dans l'intérieur même des tubercules quadrijumeaux. C'est cette calotte interne qui est pour moi l'analogue des circonvolutions cérébrales.

8°. *Indépendance des deux calottes composant les tubercules quadrijumeaux.*

La première preuve de leur indépendance se trouve dans la direction différente de leurs fibres.

Celles de la calotte externe prennent leur insertion à son bord postérieur interne, et, comme elles se contournent pour former le nerf optique, elles sont dirigées d'arrière en avant et de dedans en dehors, tandis que les fibres de la calotte interne qui partent des corps striés pour se replier en dessus, croisent presqu'à angle droit celles de la calotte externe qui les recouvrent.

Nous avons une seconde preuve d'indépendance de ces deux systèmes de fibres dans le fait suivant : chacune de ces calottes peut-être très-développée, sans que celle qu'elle recouvre ou par laquelle elle est recouverte soit développée dans le même rapport.

Ainsi, par exemple, dans le *thon*, le *maquereau*, etc., la calotte externe est beaucoup plus étendue que la calotte interne, et cela d'une manière bien différente de ce qu'on pourrait le croire entre un contenant et un contenu. Cette calotte présente extérieurement un repli qui n'est point partagé par les fibres internes : or, ce repli indique une plus grande longueur de fibres, qui sont obligées de se replier, puisque la calotte interne qu'elles recouvrent n'est pas assez grande pour qu'elles s'appliquent entièrement dessus. (Pl. 2, fig. 2.)

Tandis que dans d'autres poissons, la *sole*, par exemple, c'est la calotte interne qui est plus grande que l'externe ; celle-ci ne recouvre qu'une portion de l'interne ; son bord postérieur, au lieu de descendre jusqu'à la moelle allongée, laisse à découvert la partie postérieure de la calotte interne, qu'elle ne recouvre qu'antérieurement. (Pl. 2, fig. 5).

La calotte externe appartenant seulement à la vision, il est facile de concevoir pourquoi son développement est tout-à-fait indépendant de celui de la calotte interne, qui n'a rien de commun avec cette fonction.

Nous pouvons déjà tirer cette conséquence que dans les tubercules quadrijumeaux, il n'y a que les fibres superficielles qui puissent présenter un rapport direct avec les nerfs optiques.

Nous pouvons déjà concevoir comment de gros tubercules quadrijumeaux peuvent coexister, comme chez la *taupe*, avec de petits nerfs optiques et avec de petits yeux, puisque nous savons que dans ce cas, c'est la calotte interne qui est très-développée, et non l'externe, et qu'il n'y a rien de commun entre cette calotte interne et la vision.

9°. *Commissure différente de chaque calotte ; autre preuve d'indépendance.*

Lorsqu'on a enlevé chez le *merlan* les deux calottes externes, on voit les deux calottes internes, dont les fibres transversales viennent se réunir sur la ligne médiane à une pièce triangulaire qui leur sert de commissure. (Pl. 2, fig. 8.)

Quelles que soient les variétés qui existent sous ce rapport chez les poissons, on observe toujours, pour les fibres dont je parle, un moyen de communication qui réunit les deux moitiés du système nerveux.

Tandis que la commissure de la calotte externe est entièrement différente de la précédente.

Cette commissure est assez importante pour mériter une description détaillée.

Le premier cerveau de mammifère dans lequel je l'ai trouvée, est celui du *buffle*. A la partie postérieure des nerfs optiques, derrière leur entrecroisement, on voit une bande nerveuse blanche, dont la largeur est au moins le tiers de celle des nerfs optiques eux-mêmes ; cette bande accompagne le nerf optique jusqu'au *corpus geniculatum externum* sous lequel elle s'enfonce, tandis que le nerf optique continue son chemin jusqu'aux corps quadrijumeaux ; cette commissure est cachée antérieurement par la substance grise des corps mamillaires sous lesquels elle se réunit avec la bande congénère du côté opposé.

Quand on soulève le nerf optique par derrière pour voir les rapports de cette commissure avec ce nerf on voit qu'elle y adhère dans toute sa longueur ; je dis exprès qu'elle y adhère, car si je n'avais examiné que ce cerveau, j'aurais pu croire que la bande dont je parle, faisait partie du nerf optique en raison de l'adhérence intime qui les unit. Mais comme elle en est tout-à-fait détachée dans d'autres animaux, on acquiert alors la conviction que ce sont deux ordres de filets bien distincts.

Si aucun anatomiste, à ma connaissance, n'a parlé de cette disposition, c'est qu'aucun n'a décrit le cerveau du *buffle*, où elle est si apparente ; chez le *cochon-d'inde*, cette commissure a presque la grosseur du nerf optique lui-même, et lui est encore accolée.

Je l'ai trouvée aussi dans la *chauve-souris*, dans le *rat*, dans ce dernier animal, elle n'adhère plus au nerf optique elle est même située à une assez grande distance de sa partie postérieure. Elle n'est plus cachée par la substance grise des corps mamillaire, comme cela a lieu dans le *buffle*.

Dans le gecko, elle laisse un espace triangulaire assez grand entre elle et le nerf optique. (Pl. 2, fig. 10.)

Je l'ai trouvée aussi libre, aussi distincte du nerf optique qu'elle peut l'être, dans la *couleuvre vipérine*, dans la *couleuvre à collier*, dans la *vipère*.

Tandis qu'elle est accollée au nerf optique dans la *couleuvre verte et jaune*, je l'ai vue également dans la *rainette*, dans la *tortue*, dans le *lézard vert*, où elle est cachée en dehors seulement par le nerf optique.

Dans les poissons, je l'ai vue dans la *sole*, la *lote*, le *maquereau*, l'*hirondelle*, le *merlan*, etc. ; etc.

Je ne doute point qu'elle n'existe chez tous les animaux, où elle apparaîtra plus ou moins distinctement, suivant qu'elle sera plus ou moins recouverte par les nerfs optiques (le cerveau étant placé sur sa partie supérieure.)

Elle est entièrement recouverte par les nerfs optiques dans *l'homme*, le *daim*, le *porc-épic*, le *sanglier*, etc., et dans les oiseaux.

J'ai dit que dans le *buffle*, elle se perdait sous le *corpus geniculatum externum* ; cela est applicable au *rat* et aux autres mammifères où elle est visible ; mais dans les reptiles et dans les poissons, elle se contourne vers la partie supérieure des tubercules quadrijumeaux, dont elle constitue le bord postérieur et interne, et là, elle paraît être le point de réunion de toutes les fibres qui vont former les nerfs optiques. En faisant naître le nerf optique dans la rétine, ses fibres se réunissent en cordon pour former les nerfs qui se rendent aux tubercules quadrijumeaux ; là, ces mêmes fibres s'épanouissent en calotte pour recouvrir la calotte intérieure de ce corps, mais cette superposition n'est qu'un accident qui n'enchaîne nullement les fonctions de ces deux ordres de fibres, dont les internes ont pour commissure les fibres qui se voient dans le ventricule des corps quadrijumeaux, pl. 2, fig. 11, tandis que les externes ont la bande qui, des corps quadrijumeaux, se porte derrière les nerfs optiques pour se réunir à la bande du côté opposé.

10°. *Observations générales sur les commissures.*

Comme j'ai adopté cette expression, commissure, qui chez le docteur Gall se rattache à une théorie que je n'admets point, il est nécessaire que je dise ici, en quelques mots, ce que j'entends par ce genre de fibres nerveuses.

Le docteur Gall prétend que les commissures sont formées par des fibres nerveuses qui, après s'être épanouies en appareils propres à l'exercice de leurs fonctions, rentrent à l'intérieur pour se réunir à celles du côté opposé.

Ainsi, le corps calleux est, suivant lui, formé par les fibres nerveuses qui, après s'être épanouies pour former les circonvolutions cérébrales, reçoivent de nouvelles fibres de la couche de substance grise qui les recouvre, et se rendent vers la ligne médiane où elles s'unissent aux mêmes fibres du côté opposé, de manière que toute commissure est ordinairement composée de plus de fibres que le système nerveux dont elle est la continuation.

Il est difficile de soutenir ou de combattre cette opinion pour le corps calleux, comparé aux circonvolutions cérébrales ; mais il est bien facile de s'assurer que pour les autres commissures il n'y a aucun rapport constant entre elles et les appareils qu'elles mettent en relation.

La commissure antérieure de l'homme, tout au plus, grosse comme un tuyau de plume médiocre, et cependant elle devrait être la réunion de toutes les fibres des lobes moyens inférieurs, les nerfs optiques sont si fins et si ténus chez la *taupe*, qu'il faut une grande habitude de dissection délicate pour les voir, hé bien, leur commissure est extrêmement développée.

Ainsi, tantôt, comme cela a lieu pour la commissure antérieure de l'homme, la commissure est beaucoup trop petite pour contenir les fibres des systèmes mis en rapport. Tantôt, comme cela a lieu dans la *taupe*, elle est beaucoup plus volumineuse que ces mêmes systèmes.

Je ne me sers donc de cette expression que pour rendre compte du seul fait des communications matérielles rétablies entre les deux côtés du corps, sans rien préjuger sur des fonctions que nous ignorons complétement.

11°. *Résumé de ce qui précède.*

Pour mieux comprendre ce qui va suivre, il est nécessaire de reproduire ici en résumé les conséquences anatomiques que nous venons d'exposer.

1° Les tubercules quadrijumeaux sont composés de deux ordres de fibres, dont les dispositions anatomiques sont telles, qu'on est obligé de les considérer comme constituant deux appareils nerveux distincts et par leur structure et par leurs fonctions.

2° Ces deux appareils ont la forme de deux calottes superposées l'une à l'autre ; l'externe seule est l'origine des nerfs optiques, et son développement est en rapport avec celui de ces nerfs. Ainsi, elle est beaucoup plus développée que l'interne chez les animaux qui, comme le *thon*, ont des yeux et des nerfs optiques très-gros ; elle est plus petite que l'interne chez les animaux qui, tels que la *sole*, ont les yeux et les nerfs optiques peu développés.

3° Quelques expérimentateurs ont observé que la perte d'un œil ne produisait pas toujours la diminution de volume du tubercule opposé ; cela se conçoit si nous admettons que l'atrophie peut ne porter que sur les fibres superficielles qui, soutenues alors par les fibres sous-jacentes qui n'ont point été affectées, ne doivent point présenter l'affaissement qui aurait lieu si l'atrophie portait sur toute l'épaisseur des tubercules quadrijumeaux.

4° Les tubercules quadrijumeaux peuvent donc être très-développés chez certains animaux qui ont de très-petits nerfs optiques comme la *taupe*, puisqu'alors le développement porte non pas sur la calotte externe, mais seulement sur la calotte interne qui n'a rien de commun avec la vision.

5° Ces deux calottes se distinguent par la direction de leurs fibres qui se croisent et par leurs commissures qui sont différentes pour chacune d'elles.

6° La calotte externe n'est que l'épanouissement des fibres nerveuses du nerf optique qui, prenant naissance de la moëlle allongée à un endroit où celle-ci présente un renflement, a dû s'épanouir en calotte pour s'accommoder à ce renflement et le recouvrir ; et comme son anatomie a été faite d'abord sur l'homme chez lequel ces deux espèces de fibres se trouvent confondues intimement, on a cru qu'elles ne constituaient qu'un seul et même organe.

7° Leur distinction doit maintenant expliquer toutes les opinions contradictoires qui ont été émises sur ces doubles organes sur lesquels on a toujours opéré comme s'ils ne faisaient qu'un seul système.

12°. *La calotte interne est analogue aux hémisphères cérébraux ; comme eux elle est la continuation d'un des cordons de la moëlle allongée ; comme eux elle doit être l'organe des facultés instinctives.*

En me conduisant toujours d'après la méthode du docteur Gall, je me sers de ses principes pour rectifier ses opinions sur des faits de détails qui, pour avoir été interprétés par lui d'une manière inexacte, suivant moi, ne changent en rien l'importance et la grandeur de ses belles conceptions sur les lois de notre intelligence.

La partie anatomique (1) à laquelle il a le moins travaillé, est celle à laquelle il est le plus facile d'apercevoir des lacunes. C'est elle qui va me fournir l'occasion de signaler quels sont les faits sur lesquels je ne partage point les opinions de de ce grand homme ; et ces faits sont presqu'entièrement étrangers à ce qui constitue sa doctrine proprement dit.

Le docteur Gall a divisé le système nerveux en deux parties bien distinctes : la matière blanche ou fibreuse, la matière grise ou pulpeuse. Il a regardé celle-ci comme la matrice des nerfs, comme celle qui donne origine aux fibres blanches.

Bien que cette manière de voir paraisse s'appuyer sur des démonstrations assez spécieuses de l'organisation du cerveau humain, elle n'est plus soutenable dès qu'on examine les cerveaux des autres animaux ; et même dans le cerveau de l'homme, je n'ai jamais pu me convaincre du rapport qu'il prétendait exister entre ces deux espèces de systèmes nerveux.

L'examen de cette question pouvant m'entraîner trop loin, je me bornerai ici à n'en citer qce ce qui a trait aux fonctions des tubercules quadrijumeaux.

Le docteur Gall fait naître les hémisphères cérébraux d'un ganglion de substance grise placé dans l'intérieur de la moëlle allongée ; de ce ganglion sortent, suivant lui, les six ou huit faisceaux formant le sommet des éminences pyramidales qui, après avoir traversé le pont de varole vont s'épanouir et former les circonvolutions cérebrales.

J'avoue n'avoir jamais vu ce ganglion, j'ai toujours vu, au contraire, ces faisceaux se continuer immédiatement avec les cordons longitudinaux qui constituent la moëlle épinière dont ils ne seraient qu'un prolongement, de manière que les circonvolutions cérébrales elles-mêmes ne seraient pour moi que le renflement des cordons antérieurs médians de la moëlle épinière dans l'homme, inférieurs médians dans les animaux. Dans les poissons et les reptiles, où leur entrecroisement n'a pas lieu, il n'y a plus de méprise possible sous ce rapport, il est impossible d'avoir sur ce fait deux opinions différentes : les lobes cérébraux ne sont que le prolongement renflé des cordons inférieurs médians de la moëlle épinière.

Or, comme leur organisation bien plus simple permet de voir plus facilement les véritables rapports des parties, c'est à eux que nous allons emprunter les moyens de justifier notre opinion sur les fonctions des tubercules quadrijumeaux.

Nous connaissons déjà l'anatomie de la calotte externe, entièrement formée de l'épanouissement des fibres du nerf optique ; examinons maintenant celle de la calotte interne.

Afin de mieux faire comprendre ce que je veux démontrer, je vais faire connaître tout de suite le résultat auquel je suis arrivé ; de cette manière, on suivra mieux chaque explication.

13°. *Idée générale de l'anatomie de la moëlle épinière.*

La moëlle épinière se compose de huit grands cordons nerveux longitudinaux. Il y en a quatre de chaque côté : un médian supérieur, un latéral supérieur, un latéral inférieur, un médian inférieur.

Le cordon médian inférieur, dont les éminences pyramidales font partie chez l'homme et les mammifères, se termine par les circonvolutions cérébrales.

Le cordon latéral inférieur, qui lui est contigu, se termine par la calotte interne des tubercules quadrijumeaux ; cette calotte est donc un épanouissement analogue aux hémisphères cérébraux, et non pas le simple ganglion d'origine d'un nerf : cette calotte est rudimentaire chez l'homme et les mammifères.

Le cordon latéral supérieur, dont la valvule de Vieussens fait partie, se termine par le cervelet.

Le cordon médian supérieur se termine par les *circonvolutions latérales* des poissons cartilagineux, ou *ruban gris* de l'homme et des mammifères.

Toutes ces quatre terminaisons : les hémisphères cérébraux, la calotte interne des tubercules quadrijumeaux, le cervelet et les circonvolutions latérales, sont des épanouissemens analogues les uns aux autres ; ils doivent également être le siége de fonctions d'autant plus énergiques, que leur épanouissement est relativement plus compliqué et plus organisé.

Chacun de ces épanouissemens offre un maximum et un minimum d'organisation et de développement dans la série des animaux.

Ainsi, les hémisphères cérébraux offrent leur maximum d'organisation chez l'homme et les mammifères, et son minimum chez les poissons ; la calotte interne des tubercules quadrijumeaux a son maximum de développement chez les poissons (*thon*, par exemple), et son minimum chez l'homme et les mammifères.

Le cervelet a son maximum de développement dans l'homme, et son minimum dans les reptiles.

Les circonvolutions latérales ont leur plus haut degré d'organisation chez les poissons cartilagineux (le *pastenague*) ; elles sont rudimentaires dans l'homme et les autres animaux.

(1) Les défauts de son anatomie du cerveau portent entièrement sur les explications qu'il en donne, et non sur l'exactitude de ses dessins, dont la fidélité et la beauté n'ont jamais été atteintes et ne seront probablement jamais surpassées.

Chacun de ces épanouissemens, étudié dans son état rudimentaire, a été ou méconnu ou envisagé comme dépendant d'un autre système d'organes.

Ainsi, les lobes cérébraux des poissons ont été regardés comme ganglions d'origine des nerfs olfactifs.

Les tubercules quadrijumeaux, rudimentaires dans l'homme, ont été regardés comme ganglions d'origine des nerfs optiques.

Les circonvolutions latérales, rudimentaires chez l'homme et les mammifères (sous le nom de *ruban gris*), ont été regardées comme ganglions d'origine de la septième paire, ou nerf acoustique.

Enfin, on a nié, chez les reptiles, l'existence du *cervelet*, rudimentaire dans cette classe d'animaux.

14°. *Anatomie de la calotte interne des tubercules quadrijumeaux.*

Maintenant que l'on connaît ce que j'ai à démontrer, il sera plus facile de suivre mes explications.

Je commencerai par l'historique de ces travaux, afin d'éviter à ceux qui voudront les vérifier, les tâtonnemens par lesquels je suis passé.

Ayant eu l'intention de disséquer un grand nombre de cerveaux, je pris le parti d'écrire, chaque fois, ce qu'il y avait de remarquable dans chaque cerveau. Après une dissection terminée, je m'efforçais d'oublier ce que j'avais observé et noté, afin de ne point être influencé par les observations que j'avais déjà faites, et d'être tout entier sous l'action des sensations présentes.

Voici ce qui m'est arrivé : dans tous les reptiles et dans tous les poissons que j'ai examinés, j'ai vu, derrière le cervelet, au fond du quatrième ventricule, deux cordons blancs, qui sont les deux cordons médians inférieurs de la moelle épinière ; ce sont les analogues de ceux qui, dans l'homme et les mammifères, sont la continuation des éminences pyramidales. Après avoir enlevé le cervelet, je les ai vus se rendre dans les tubercules quadrijumeaux, se terminer par un corps strié et par un épanouissement de fibres nerveuses, tapissant intérieurement chaque tubercule quadrijumeaux.

Cette première observation dut me faire trouver une grande analogie entre ces tubercules et les hémisphères cérébraux. En continuant de vérifier ce fait que je croyais exact, je m'aperçus qu'il y avait des variantes ; je pris au moins pour telles des différences d'apparences que je ne pus expliquer que plus tard.

En consultant toutes les notes que j'avais écrites sur chaque cerveau, je vis que j'avais affirmé que, chez les uns, ces deux cordons se rendaient seulement dans les tubercules quadrijumeaux ; que, chez les autres, ils se rendaient dans les lobes cérébraux ; enfin, que, chez d'autres, ils allaient en partie dans les lobes cérébraux, en partie dans les tubercules quadrijumeaux. Ce ne fut qu'après des dissections multipliées et répétées dans le but d'éclaircir ce point, que j'acquis la conviction que ces cordons, au lieu d'être simples de chaque côté, comme ils le paraissaient, étaient doubles ; que les plus internes allaient toujours dans les lobes cérébraux, et les externes dans les tubercules quadrijumeaux ;

Que la cause des erreurs que j'avais commises tenait à ce que, dans les différentes espèces, ils étaient inégalement développés ;

Que lorsque les externes étaient plus gros que les internes, je les voyais manifestement se terminer dans les tubercules quadrijumeaux.

Que lorsque les internes étaient, au contraire, plus gros, on les voyait si évidemment aller dans les lobes cérébraux, qu'on abandonnait facilement la première idée qui vous avait été donnée par une disposition différente.

Je suis persuadé que si un anatomiste n'ayant à sa disposition qu'un petit nombre de cerveaux à examiner, n'était pas prévenu de l'incertitude de mes premières recherches, il suivrait les mêmes erreurs que moi. C'est pour les éviter à ceux qui voudront vérifier les faits que je signale ici, que j'ai cru nécessaire d'entrer dans ces détails. En résumé, les deux faisceaux blans qu'on voit au fond du quatrième ventricule, dans les reptiles et les poissons, sont les analogues (pour les internes) des cordons qui se continuent avec les éminences pyramidales, chez l'homme et les mammifères, et pour les externes, des cordons latéraux inférieurs de ces mêmes classes d'animaux.

Chez l'homme, ces derniers cordons sont cachés par les éminences pyramidales et olivaires, qui ne laissent entre elles aucun intervalle : ce cordon est donc caché par elles ; mais, dans les autres mammifères, dans le *veau*, par exemple, il est très-visible, à cause de l'intervalle qui se voit entre les éminences pyramidales et olivaires.

De sorte que quand, chez les mammifères, le cerveau est très-développé par rapport aux tubercules quadrijumeaux, comme cela a lieu dans l'homme, le cordon des éminences pyramidales est également très-gros ; il touche presque immédiatement les éminences olivaires, sans laisser d'intervalle entre elles, et on ne voit pas le cordon qui va aux tubercules quadrijumeaux.

Lorsque, au contraire, les tubercules quadrijumeaux sont plus développés, et le cerveau moins volumineux, les éminences pyramidales sont plus petites, le faisceau qui va aux tubercules quadrijumeaux devient plus prononcé ; on le voit alors entre les éminences pyramidales et olivaires. Dans les poissons, où il n'y a ni éminences pyramidales, ni éminences olivaires, c'est dans l'intérieur même des tubercules quadrijumeaux que la distinction des cordons a lieu.

Elle est extrêmement évidente, par exemple, dans la *tamie* (*lamna cornubina.*)

15°. *Corps striés de la calotte interne des tubercules quadrijumeaux.*

Le cordon latéral inférieur de la moelle épinière se termine dans les tubercules quadrijumeaux par un renflement entièrement analogue au corps strié des mammifères. De ce corps strié partent ensuite en rayonnant des fibres nerveuses, qui, comme celles du cerveau des mammifères, forment un épanouissement qui s'appelle circonvolutions cérébrales dans cette classe d'animaux ; tandis que, dans les animaux des classes inférieures, cet épanouissement constitue la calotte

interne des tubercules quadrijumeaux. (Pl. 2, fig. 4, *ff.*)

Je les ai trouvés dans tous les poissons osseux que j'ai disséqués.

Les fibres qni partent du corps strié se recourbent en dessus, pour gagner la ligne médiane où, sous la forme d'une calotte recouverte par les fibres du nerf optique, elles s'approchent de celles du coté opposé avec lesquelles elles sont mises en rapport par une commissure dont la forme et les dispositions varient suivant les espèces. (Pl. 2, fig. 6, *cc a.*)

Ces fibres appartiennent tellement peu au nerf optique qui leur est superposé, que leur direction transversale coupe presque à angle droit les fibres de ce même nerf, qui sont longitudinales et obliques. (Fig. 7, *b.*)

Sans doute, c'est un cas singulier que celui d'une calotte nerveuse creuse qui sert d'origine à un nerf; mais nous avons un cas analogue, quoique présentant une disposition inverse, dans le nerf olfactif.

Dans les mammifères, le *veau*, par exemple, le nerf olfactif est très-développé; il est creux, et sa cavité communique avec le ventricule des hémisphères cérébraux. Cette communication est telle, qu'il est impossible de dire où commence le nerf; les fibres d'origine se confondent tellement avec la membrane blanche qui tapisse les ventricules cérébraux, les deux cavités sont tellement la continuation l'une de l'autre, que la même membrane blanche, qui tapisse l'intérieur du nerf olfactif, tapisse également le ventricule cérébral.

Or, comme d'après tout ce qui précède, le cerveau est la terminaison renflée d'un des cordons de la moelle épinière, nous voyons cette terminaison recouvrir l'origine du nerf olfactif, tandis que c'est le nerf optique qui recouvre l'épanouissement d'un autre cordon de la moelle.

Nous connaissons si peu l'importance des formes et du voisinage dans la physiologie du système nerveux, que nous ne devons pas plus nous étonner d'un de ces faits que de l'autre.

Les fonctions d'un organe dépendant de sa structure, qu'importe qu'il soit à droite ou à gauche, en dessus ou en dessous d'un autre ?

Il résulte de ce qui précède, que la calotte interne des tubercules quadrijumeaux est formée par l'épanouissement de fibres sortant d'un corps strié, et cela chez les animaux où les tubercules quadrijumeaux ont, par leur grand développement, une importance au moins égale et souvent supérieure à celle des lobes cérébraux eux-mêmes.

Nous savons que le corps strié est d'autant plus volumineux chez tous les animaux, que le cerveau est lui-même plus développé; la connaissance de ce rapport est due au docteur Gall. Eh bien ! nous pouvons appliquer cette loi aux poissons, chez lesquels il n'y a qu'un petit nombre d'exceptions à cet égard, mais en la transformant de cette manière : dans les mammifères, les oiseaux et les reptiles, chez lesquels les lobes cérébraux sont incomparablement plus développés que les tubercules quadrijumeaux, il n'existe de corps striés que dans les lobes cérébraux; tandis que dans les poissons, qui ont des tubercules quadrijumeaux plus développés que les lobes cérébraux, ceux-ci n'ont point de corps striés, ils ne se trouvent que dans les tubercules quadrijumeaux.

Les corps striés paraissent tellement dépendre de l'organe qui est le plus développé, que dans les reptiles mêmes, qui offrent une organisation cérébrale presque semblable à celle des poissons, ils n'existent déjà plus dans les tubercules quadrijumeaux; on ne les voit que dans les lobes cérébraux, qui sont généralement plus développés.

Je n'ai jamais vu de corps striés, ni dans les lobes cérébraux, ni dans les tubercules quadrijumeaux des poissons cartilagineux : il y a quelques espèces de reptiles où ils manquent entièrement, au moins en tant qu'on les fait consister dans un renflement. Par exemple, dans le lézard vert, la calotte interne des tubercules quadrijumeaux et les lobes cérébraux, sont formés par des fibres qui partent en irradiation, des cordons latéraux et moyens inférieurs de la moelle épinière. Nous pouvons donc regarder comme une conséquence positive de l'observation, que la présence d'un corps strié coexiste en général avec l'importance relative de l'organe chez lequel il se trouve;

Que chez le poissons osseux, la calotte interne des tubercules quadrijumeaux excerce en général des fonctions supérieures à celles des lobes cérébraux.

16°. *Des circonvolutions renfermées dans les corps quadrijumeaux.*

Si on ne devait donner un nom qui signifie quelque chose que d'après la généralité des observations, celui de circonvolutions ne conviendrait pas; car ce n'est que dans le plus petit nombre que j'ai rencontré dans les tubercules quadrijumeaux, l'organe qui mérite ce nom par sa ressemblance avec les circonvolutions des intestins.

Mais si on doit donner un nom significatif à un organe d'après sa forme dans l'animal où il est le plus developpé, il n'y en a pas de plus convenable que celui de *circonvolutions* des tubercules quadrijumeaux, d'après leur forme dans le thon, et même dans le *maquereau.* (Pl. 2, fig. 3.)

Lorsqu'on ouvre les tubercules quadrijumeaux du thon, on les trouve remplis de véritables circonvolutions intestinales, formant six à huit replis de chaque côté; elles sont creuses dans leur intérieur, et, quoique grises, présentent une véritable organisation fibreuse qui doit éloigner toute idée le ressemblance avec des amas ou ganglions de substance grise dans le sens dans lequel le docteur Gall l'entendait. Leur insertion a lieu au plancher même des tubercules quadrijumeaux sans qu'on puisse voir qu'elles soient la continuation de fibres venant d'ailleurs.

Ces circonvolutions existent chez beaucoup de poissons, mais sans avoir un dévelpppement qui leur fasse mériter ce nom.

Au lieu de présenter six à huit replis comme chez le *thon*, elles n'en ont plus que deux de chaque côté; dans le *maquerau* (*scomber*), l'*hirondelle* (*trigla hirundo*), le *denté* (*sparus dentex*), le *loup* (*perca labrax*), le *paon* (*labrus pavo*), elles sont simples, et vontt oujours en diminuant; dans la *rascasse* (*scorpæna porcus*), la truite des Pyrénées (*salmo trutta*), le malarmat *trigla cataphrata*), le rat (*uranoscopus faber*), le pagel (*sparus erythrinus*), la sardine (*clupea sprathus*), le *poisson de Saint-Pierre* (*zeus faber*), l'anguille (*mu-*

ræna), le rouget (*mullus barbatus*); dans ces derniers ce ne sont plus que de petits corps ovulaires adosés sur la ligne médiane avec celui du côté opposé.

Du reste, l'importance de cet organe n'est point en rapport avec le caractère générique, car il est assez développé dans le *trigla hirundo*, et très peu dans le *trigla cataphrata;* il en est de même du *sparus dentex*, comparé au *sparus erythrinus*.

Dans quelques individus, dans l'*anguille*, la *sardine*, par exemple, il y a évidemment continuité entre ce corps et le cervelet qui entre par dessous la partie postérieure des tubercules quadrijumeaux.

La première fois que je trouvai cette disposition je crus que ces circonvolutions étaient la première racine du cervelet qui alors aurait commencé à naître dans les tubercules quadrijumeaux. J'abandonnai ensuite cette idée en voyant que non seulement cette communication n'avait pas lieu chez tous, mais encore qu'il n'y avait pas de rapport entre ces circonvolutions et le volume du cervelet. Ainsi le cervelet du *thon* est à-peu-près du même volume que celui de la lamie (*lamna cornubina*). Or ces circonvolutions sont énormes dans le *thon*, et nulles dans la *lamie*, quoique du reste une partie du cervelet pénètre dans les tubercules quadrijumeaux chez cette dernière mais sans s'y renfler d'aucune manière.

Je n'ai trouvé ces circonvolutions ni dans les poissons cartilagineux, ni dans les reptiles, ni dans les oiseaux, ni dans les mammifères. Elles me paraissent propres aux seuls poissons osseux; leur point d'insertion est en dedans du corps strié qu'elles accompagnent toujours, et comme lui, appartiennent exclusivement aux tubercules quadrijumeaux de ces animaux.

Or, s'il est vrai que les fonctions d'un organe sont d'autant plus énergiques, d'autant plus étendues, d'autant plus importantes, que sa structure est plus compliquée, n'est-il pas naturel de conclure que puisque la calotte externe seule des tubercules quandrijumeaux appartient à la vision, et que l'organisation de la calotte interne est analogue à celle des lobes cérébraux, elle doit exercer, chez le poissons osseux, des fonctions très-actives et analogues à celles du cerveau des autres classes.

N'est-il pas naturel de conclure que rudimentaire dans les autres classes d'animaux, la calotte interne des tubercules quadrijumeaux doit être étudiée dans les poissons osseux chez lesquels elle offre une importance relative plus grande que toutes les autres parties du cerveau et par conséquent une plus grande énergie de fonctions.

17°. *Résumé de l'anatomie du cerveau des poissons osseux.*

Chez les poissons osseux les lobes cérébraux sont extrêmement simples; ils consistent dans une simple coque nerveuse dépourvue à l'intérieur de corps striés.

Le cervelet offre le même degré de simplicité; on le voit, comme le cerveau, être la terminaison renflée d'un des cordons de la moelle épinière.

Tandis que la callotte interne des tubercules quadrijumeaux, qui a sa commissure comme les lobes cérébraux, présente en outre des corps striés très-développés, et un organe nouveau qu'on ne trouve que là; ce sont les circonvolutions dont nous avons parlé.

D'où il suit que l'organisation de cette calotte interne étant plus compliquée que celle des autres parties de l'encéphale doit, en raison de cette prédominance relative plus grande, avoir des fonctions plus importantes pour l'animal qui la présente.

D'où il suit enfin que cette partie doit être pour l'économie animale des poissons osseux ce que les lobes cérébraux sont pour les autres classes d'animaux.

18°. *Analogie d'organisation entre la calotte interne des tubercules quadrijumeaux et le cervelet.*

Nous avons vu par ce qui précède que sur quatre cordons longitudinaux dont la moelle épinière était formée, deux déjà se terminaient antérieurement ou supérieurement par des renflemens appelés lobes cérébraux et tubercules quadrijumeaux. Nous allons voir maintenant les deux autres cordons se terminer aussi par deux épanouissemens on renflemens appelés cervelet et circonvolutions latérales de la moelle épinière. Examinons le cervelet là où il présente l'organisation la plus simple et la plus facile à constater, dans la *salamandre*, par exemple, où il est le plus petit et le plus simple possible.

Le cordon latéral supérieur de la moelle épinière, après s'être écarté de celui du côté opposé pour former l'entrée du quatrième ventricule, conjointement avec les cordons médians supérieurs, revient sur la ligne médiane où il se porte vers son congénère, dont il n'est séparé que par le cordon médian supérieur avec lequel il ne contracte pas d'union bien intime; car on voit distinctement la ligne de démarcation de l'un et de l'autre.

Dans la *rainette* la chose a lieu de la même manière, seulement on commence à voir ce cordon former une pointe ou languette qui se dirige en arrière.

Il en est à-peu-près de même dans le *crapaud*, dans la *vipère*, dans la *couleuvre*, dans le *lézard*.

Mais dans la *gecko*, le même cordon s'élargit et forme une espèce de languette qui s'étend sur le quatrième ventricule. Dans la tortue ses dimensions augmentent; elles donnent lieu à un parallélogramme dont la plus grande longueur est placée transversalement.

Dans les poissons cette lame se recourbe en avant, en arrière et sur les côtés, de manière à former de toute part une cavité qui n'a plus de communication avec le dehors, et qui, chez beaucoup d'espèces, cache presque entièrement le quatrième ventricule.

La formation du cervelet est absolument la même que celle du cerveau et des tubercules quadrijumeaux.

En effet, la moelle épinière est formée de quatre cordons longitudinaux, tellement disposés les uns à côté des autres, qu'ils donnent naissance à un tube, dont la cavité intérieure offre à-peu-près les mêmes dimensions dans toute sa longueur.

Dans les animaux les plus simples, les deux cordons médians inférieurs en se renflant pour former les lobes cérébraux, ont, malgré ce renflement, une cavité commune

avec celle de la moelle épinière. La communication la plus large règne dans toute la longueur de ces cavités.

Les deux cordons latéraux inférieurs se renflent de la même manière pour s'épanouir en tubercules quadrijumeaux, dont la cavité intérieure n'est, en quelque sorte, que la continuation de celle de la moelle épinière. Mais bientôt un repli de la moelle, en s'unissant avec celui du côté opposé, s'interpose entre sa cavité et celle des tubercules quadrijumeaux, de manière qu'il y a déjà deux cavités distinctes, celle de la moelle, et celle des tubercules quadrijumeaux; ces cavités communiquent ensemble par un trou très-grand dans la *grenouille;* ce trou se rapetisse dans le *lézard;* il commence à se boucher dans quelques poissons; enfin, dans les oiseaux et les mammifères il est bouché entièrement. Il y a alors un plancher complet qui sépare tout-à-fait la cavité de la moelle épinière de celle des tubercules quadrijumeaux.

Il en est exactement de même du cervelet dans les reptiles où il est, en quelque sorte, rudimentaire; il ne constitue qu'un simple cordon ou languette recouvrant la cavité de la moelle épinière : tant qu'il a la forme d'un cordon ou d'une lame, il n'a point encore de cavité propre.

Lorsqu'il se renfle en calotte, la cavité intérieure de celle-ci communique avec celle de la moelle épinière par toute la base de cette calotte; peu à peu cette base se rétrécit, le trou qui existe entre ces cavités se rapetisse de plus en plus, enfin il finit par se boucher, et la cavité du cervelet est alors tout-à-fait distincte de celle de la moelle épinière dont elle est séparée par un plancher complet, absolument de la même manière que nous l'avons vu pour les tubercules quadrijumeaux.

Dans les poissons osseux, le cervelet est extrêmement simple et ne consiste que dans une calotte lisse et creuse; elle commence cependant à se plisser dans le *thon;* elle offre aussi quelques plis chez les poissons cartilagineux, tels que la *pastenague*, la *raie rhinobate;* ils deviennent très nombreux dans la *lamie*, qui sous ce rapport ressemble aux oiseaux; ils augmentent tellement chez les mammifères que d'autres replis secondaires se forment dans les plis principaux. C'est alors qu'ils occupent et effacent toute la cavité intérieure qui n'est plus possible que par analogie, et qui exigerait pour être démontrée ou des préparations difficiles à exécuter ou même encore une hydropisie de cet organe.

Cependant, j'ai pu quelquefois déplisser plusieurs circonvolutions du cervelet de l'homme jusqu'à la substance corticale; mais cela ne réussit pas sur tous les cervelets, et il faut autant de patience que d'habitude.

19°. *Analogie d'organisation entre les tubercules quadrijumeaux et les circonvolutions latérales de la moelle épinière.*

Sur les parties latérales de la moelle épinière, sous le cervelet on rencontre chez les poissons cartilagineux surtout, un organe particulier qui, bien que quelquefois paraissant dépendre du cervelet, en est cependant tellement distinct dans d'autres, qu'il n'est plus possible de les croire réunis en un seul organe.

La forme, la disposition de ce nouvel organe, rappellent tellement l'idée des circonvolutions cérébrales, que je l'ai nommé *circonvolutions latérales de la moelle épinière.*

Ces circonvolutions sont formées d'une lame fibreuse blanche et d'une lame de substance grise analogue à la substance corticale qui recouvre les circonvolutions cérébrales.

Ces circonvolutions, d'abord assez simples dans la *roussette*, font déjà quelques plis dans l'*ange;* elles deviennent plus compliquées dans la *raie rhinobate*, dans la *lamie;* enfin elles forment de véritables circonvolutions multipliées dans la *pastenague* où elles m'ont présenté le plus grand degré de développement que j'aie trouvé dans les poissons.

La cinquième et la septième paire qui en sortent m'ont d'abord fait supposer qu'elles pouvaient être les ganglions d'origine de ces nerfs; mais d'autres dissections m'ont convaincu que ces nerfs ne faisaient que les traverser.

On se rappelle que dans les mammifères, la septième paire naît de fibres transversales qui sortent du sillon médian du quatrième ventricule, et que sur ce cordon sont couchés plusieurs petits ganglions de substance grise que Gall considère comme les ganglions d'origine de ces mêmes fibres.

L'ensemble de ces petits ganglions a été désigné par les anatomistes par le nom de *ruban gris.*

Plus on s'éloigne de l'homme, plus ces ganglions acquièrent de volume, et on en voit manifestement sortir des fibres qui ne vont pas seulement à la septième paire, mais qui se rendent dans la moelle épinière avec le *corps restiforme.*

Enfin, dans les poissons ces ganglions perdent leur forme et leur nom. Ils acquièrent une véritable organisation, ils présentent une importance analogue à celle des lobes cérébraux, des tubercules quadrijumeaux et du cervelet.

Rudimentaires chez l'homme, les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons osseux, ils offrent le plus haut degré d'organisation chez les poissons cartilagineux, où ils doivent par conséquent être le siége de fonctions importantes comme leur organisation.

On peut encore opposer ce fait à l'opinion de ceux qui croient que les ganglions sont des organes d'origine des filets nerveux, car les circonvolutions latérales de la moelle qui, comme les tubercules quadrijumeaux, ont été prises pour de simples ganglions de substance grise, parce qu'on ne les avait examinées que chez les mammifères où elles sont en effet rudimentaires et sans trace bien évidente d'organisation fibreuse, acquièrent dans certaines classes d'animaux une véritable organisation plus ou moins compliquée qui ne permet plus de les considérer de la même manière, et nous force de leur reconnaître une importance et des fonctions analogues à celles des organes les plus développés.

Il ne faut pas confondre les circonvolutions latérales de la moelle avec des éminences qui se trouvent dans presque tous les poissons sur les côtés du cervelet. Ces éminences ne sont que des renflemens latéraux de la calotte même du cervelet. C'est la même lame nerveuse qui se renfle latéralement, et dont les deux cavités ne sont que le prolongement de la cavité unique du cervelet.

Les circonvolutions latérales de la moelle sont au contraire bien distinctes des parties latérales du cervelet; elle se continuent immédiatement avec le corps *restiforme* des mammifères et le cordon supérieur moyen de la moelle; c'est ce cordon qui s'écartant de celui du côté opposé, forme les deux limites latérales de l'ouverture du canal de la moelle épinière, ou quatrième ventricule.

C'est ce même cordon qui présente chez les mammifères comme chez l'homme une espèce de ganglion ovale un peu après le point de sa réunion avec celui du côté opposé.

C'est de ce même ganglion que j'ai vu sortir la huitième paire chez la *boudraie*. C'est ce cordon qui en se renflant antérieurement s'épanouit pour former les circonvolutions latérales de la moelle.

Dans les reptiles ils se confondent avec les cordons latéraux qui vont former le cervelet; car chez ces animaux les circonvolutions latérales sont nulles, bien que les cordons soient assez développés.

Plus on s'élève dans l'échelle animale, plus ces circonvolutions diminuent de volume, sans cependant que les mêmes cordons qui en sont la continuation disparaissent dans la même proportion.

Je répondrai d'avance, ici, à une objection qu'on pourrait faire à l'idée exprimée dans la phrase qui précède celle-ci.

Je viens de dire que les *circonvolutions latérales de la moelle* sont la terminaison antérieure des cordons médians supérieurs, comme le cervelet termine les cordons latéraux supérieurs, comme les tubercules quadrijumeaux terminent les cordons latéraux inférieurs, comme les lobes cérébraux terminent les cordons médians inférieurs; et cependant j'ai ajouté que ces circonvolutions latérales diminuaient de volume sans que les cordons médians supérieures diminuassent dans la même proportion. Or, si la dépendance que j'indique entre les cordons de la moelle et ses renflemens antérieurs était réelle, il devrait y avoir un rapport entre le volume des cordons et celui de leurs renflemens respectifs.

Je répondrai que l'idée d'un rapport nécessaire entre des organes nerveux et les cordons avec lesquels ils se continuent, vient d'une autre idée systématique que je ne partage point, et qui suppose qu'un organe puisse naître d'un autre organe.

Je ne crois point que les fibres nerveuses blanches prennent naissance de ganglions de substance grise dans lesquels ces fibres puiseraient leurs matériaux nutritifs comme les racines d'un arbre se nourrissent aux dépens des sucs de la terre.

Je ne crois point que ce qu'on appelle ganglion d'origine mérite ce nom; car si leur apparence est telle dans quelques animaux où ils sont rudimentaires, elle est tellement différente dans d'autres animaux que l'on est forcé de les considérer eux-mêmes comme des appareils d'une organisation très-compliquée et analogues aux appareils les plus importans; tel est par exemple celui des tubercules quadrijumeaux, du ruban gris des mammifères comparés aux tubercules quadrijumeaux, des poissons osseux et des circonvolutions latérales de la moelle chez les poissons cartilagineux.

Les lobes cérébraux, le cervelet, etc., ne naissent pas plus des cordons de la moelle épinière que le cœur ne naît de l'aorte, que le tibia ne naît du fémur, ou que le fémur ne naît du tibia.

L'appareil nerveux spino-cérébral est étendu dans tout le canal de la colonne vertébrale sans qu'on puisse dire que chaque segment vienne de celui qui le suit ou de celui qui le précède.

Dans les animaux de classes inférieures, tels que les *salamandres*, il y a bien peu de différence entre le développement du cerveau et celui de la moelle épinière; il est probable que dans ces animaux l'activité des fonctions du cerveau surpasse de bien peu celle du reste de la moelle; aussi l'amputation de la tête n'empêche-t-elle pas la vie de continuer à s'exercer à-peu-près comme avant l'opération, tandis que dans les classes plus élevées où le cerveau est incomparablement plus développé que la moelle épinière, la moindre atteinte qui lui est portée détermine des accidens ordinairement suivis de la mort.

20°. *Les tubercules quadrijumeaux sont dans les mammifères et dans les oiseaux la terminaison antérieure des cordons latéraux inférieurs de la moelle épinière, comme nous avons vu que cela avait lieu dans les poissons et dans les reptiles.*

Pour se convaincre que ces cordons latéraux inférieurs se rendent dans les tubercules quadrijumeaux, il faut choisir des animaux chez lesquels le pont de varole soit peu développé; par exemple, dans le *rat*, cette disposition est extrêmement facile à constater; elle est également très-visible dans les *sanglier*, dans le *daim*.

Pour faire cette démonstration, il faut couper les cuisses du cerveau en avant des tubercules quadrijumeaux vers l'origine de la troisième paire environ, enlever alors les circonvolutions cérébrales, puis couper les nerfs optiques en arrière de leur entrecroisement; enfin enlever le cervelet surtout chez les animaux où son volume trop considérable pourrait cacher la continuation du prolongement de la moelle épinière dans les tubercules quadrijumeaux. Comme il ne s'agit ici que d'un fait à constater, je ne m'y arrêterai pas davantage.

21°. *Les tubercules quadrijumeaux, les corpus geniculatum, externum et internum, ne sont qu'un seul et même organe ou plutôt appartiennent au renflement du même cordon de la moelle épinière.*

Le cordon latéral inférieur de la moelle épinière se termine dans les tubercules quadrijumeaux ou plutôt bijumeaux des reptiles et des poissons, tandis qu'il se rend plus évidemment dans les tubercules quadrijumeaux postérieurs chez les mammifères.

Je ne veux pas dire pour cela qu'il ne se rend pas dans l'antérieur; mais enfin, en raison de leur position, il est naturel que le faisceau latéral inférieur de la moelle épinière commence par passer sous le tubercule postérieur pour se distribuer ensuite à l'antérieur; or, comme chez les poissons et les reptiles ces tubercules sont seulement doubles et non pas quadruples comme dans les mammifères, ne peut-on pas en conclure que ces organes, qui ne sont que doubles dans les poissons, sont divisés en quatre chez les mammifères sans que cette division n'ait aucune importance comme

caractère distinctif : c'est une simple différence de forme qui n'en produit point une de fond. Les tubercules sont divisées en deux chez les poissons, en quatre chez les mammifères, comme ils pourraient l'être en six, en huit, sans qu'ils cessassent d'être la terminaison antérieure d'un des cordons de la moelle épinière ; cette opinion va trouver sa confirmation dans l'examen de la commissure des nerfs optiques.

J'ai dit que cette commissure que j'ai découverte dans le buffle se voyait à la partie postérieure des nerfs optiques derrière leur entrecroisement où elle était recouverte (le cerveau étant placé sur ses circonvolutions) par les corps mamillaires ; que de là elle se portait au-dedans avec les nerfs optiques jusqu'au corpus geniculatum externum sous lequel elle s'enfonçait, tandis que les fibres du nerf optique coutinuaient leur route jusqu'aux corps quadrijumeaux antérieurs. Eh bien, en examinant les corps quadrijumeaux postérieurs, on voit très-distinctement un bande nerveuse blanche qui se rend aussi au corpus geniculatum externum de manière à paraitre continuer la commissure qui s'est cachée sous ce corps ; de sorte que s'il n'y avait pas de corpus geniculatum externum, on verrait distinctement la commissure aller aux corps quadrijumeaux postérieurs.

Or, nous avons vu cette même commissure chez les poissons gagner le bord postérieur des tubercules quadrijumeaux ; nous la voyons chez les mammifères gagner le tubercule postérieur : n'est-il pas évident que celui-ci n'est qu'une portion du tubercule antérieur dont il n'est séparé que par un sillon ?

Ne pourrait-on pas également conclure que les petits renflemens appelés corpus geniculatum externum et internum ne seraient que des subdivisions de ces mêmes tubercules qui, pour être accidentellement divisés par des sillons n'en appartiendraient pas moins au même système d'organes.

C'est ainsi qu'on pourrait expliquer pourquoi l'origine des nerfs optiques est bien moins évidente chez l'homme que chez les poissons, puisque chez le premier ces fibres au lieu de venir d'un seul point viennent de renflemens qui étaient plus disséminés, doivent nécessairement offrir des fibres nerveuses moins nombreuses et moins rapprochées.

22°. *Si les tubercules quadrijumeaux, le ruban gris des mammifères (circonvolutions latérales de la moelle épinière des poissons cartilagineux) et la moelle épinière ne sont pas des ganglions de substance grise donnant naissance aux nerfs du sentiment et du mouvement, quelles peuvent être leurs fonctions ?*

Lorsqu'on examine la moelle épinière chez les reptiles et les poissons, on voit qu'elle est formée de cordons longitudinaux blancs presque entièrement dépourvus de matière grise. Il est impossible de la regarder alors comme composée d'une série de ganglions de substance grise donnant naissance aux nerfs spinaux.

Les différens renflement qu'elle présente sur sa longueur ne sont point partagés par les cordons longitudinaux qui la composent : chez l'homme même, il est facile de s'apercevoir que le renflemens qui correspondent à l'origine des nerfs des bras et des cuisses, ne sont point produits par l'augmentation de volume des cordons au niveau de ces renflemens.

Je dois dire ici, à l'éloge des gravures d'anatomie du grand ouvrage de Gall, que la disposition dont je parle a été parfaitement représentée, bien qu'elle fût en opposition avec les idées du docteur Gall sur ce point. Ces renflemens sont le résultat de l'écartement des cordons laissant passer des nerfs plus ou moins volumineux, mais conservant toujours leurs mêmes proportions.

Les nerfs qui partent de la moelle épinière n'ont pas plus de rapport avec le volume de cette moelle, que les nerfs de la troisième paire n'en ont avec les cuisses du cerveau, auquel elles aboutissent.

Chez les poissons, les lobes olfactifs sont quelquefois aussi gros que les lobes cérébraux ; quelquefois ils sont plus gros, parce que ces différens appareils sont tout-à-fait indépendans les uns des autres. Or, les cordons longitudinaux de la moelle épinière n'ont pas plus de rapport avec les nerfs qui en partent, que la moelle allongée, que les cuisses du cerveau, que le cerveau lui-même n'en ont avec les nerfs qui en partent.

Ces cordons forment un appareil central destiné à recevoir les impressions apportées par les nerfs, à travailler d'après ces impressions, à transmettre en suite au reste de l'organisation le résultat de ce travail.

La moelle épinière, abstraction faite des origines nerveuses qu'elle contient dans son intérieur, est un véritable cerveau, dont le cerveau proprement dit n'est qu'une continuation plus renflée, plus volumineuse, il est vrai, mais parfaitement semblable, quant à sa structure essentielle et quant à ses fonctions, au moins d'un point de vue général.

La moelle épinièce est, comme le cerveau, un organe central qui, après avoir reçu les impressions apportées par les nerfs qui s'y rendent, devient le siége des déterminations et de la volonté ; les cordons longitudinaux qui la composent sont donc les analogues des circonvolutions cérébrales, et non point de simples ganglions d'origine.

La moelle épinière est composée de chaque côté de quatre cordons longitudinaux ; ces quatre cordons se terminent postérieurement d'une manière filiforme dans le *sacrum* de l'homme et dans la queue des autres vertèbrés ; ils se terminent antérieurement par des renflemens dont les rapports varient à l'infini chez les différens animaux, et ces renflemens sont : 1° les hémisphères cérébraux ; 2° les tubercules quadrijumeaux (leur calotte interne) ; 3° le cervelet ; 4° les circonvolutions latérales de la moelle épinière.

23°. *Considérations générales sur l'anatomie de la moelle épinière comparée au système nerveux contenu dans le crâne.*

En divisant la moelle épinière en autant de segmens qu'il y a de vertèbres, on voit que chacune de ces divisions offre la même structure générale.

Dans toutes les classes, le système nerveux se compose de

quatre ordres d'appareils nerveux, doués chacun des propriétés qui leur sont particulières.

1° Les uns envoient leurs fibres nerveuses s'épanouir à la peau et aux organes des sens : ce sont les nerfs du sentiment ;

2° Les autres vont aux muscles de la respiration ou de la locomotion : ce sont les nerfs du mouvement ;

3° Les troisièmes vont dans les viscères de la vie organique et accompagnent les vaisseaux sanguins : on pourrait les appeler les nerfs de la nutrition ;

4° Les quatrièmes, enfin avec lesquels tous les précédens viennent communiquer, s'étendent dans toute la longueur de l'animal, et sont le siége des instincts, de la volonté et des déterminations. Chaque segment ou vertèbres de animaux contient ces quatre ordres d'appareils nerveux.

Les cordons longitudinaux de la moelle épinière constituent cet organe central, siége de la volonté et des déterminations ; il est pour les vertèbres ce que le lobes cérébraux et le cervelet sont pour la tête.

De chaque côté de ces cordons partent les nerfs des sentimens, du mouvement et ceux de la vie organique.

Toute la différence qu'il y a entre le cerveau et la moelle épinière, c'est que l'énorme renflement des cordons longitudinaux formant le cerveau a dû changer les rapports et la position des nerfs qui en partent, mais sans qu'il y ait rien de changé dans leur nature intime et dans leurs fonctions.

24°. *Fonctions générales de la moelle épinière.*

La moelle épinière chez les vertébrés de classes inférieures, telles que les reptiles et les poissons, offre un développement peu différent de celui du cerveau proprement dit ; le volume de ce dernier organe est à peine plus considérable que celui de la moelle épinière : leurs fonctions doivent donc être à-peu-près analogues. L'expérience est ici d'accord avec les conclusions que nous devons tirer de l'anatomie.

Tout le monde sait qu'une salamandre décapitée a vécu plusieurs mois, en produisant des mouvemens volontaires parfaitement nets et distincts.

J'ai moi-même enlevé complétement non seulement le cerveau, mais encore toute la tête à des tortues, dont les mouvemens étaient tout aussi libres et aussi prononcés qu'ils l'étaient avant cette opération.

On sait que des enfans acéphales ont vécu quelques heures et même quelques jours, qu'ils ont fait des mouvemens de succion et d'autres mouvemens des membres, évidemment produits par suite de déterminations et de la volonté.

Il résulte de ces faits incontestables, que les cordons longitudinaux de la moelle épinière n'ont pas besoin des ordres émanés du cerveau pour produire de mouvemens volontaires, puisqu'ils sont eux-mêmes une espèce de cerveau dont les fonctions générales sont analogues à celles du cerveau proprement dit.

Il est peut-être plus exat de regarder ces cordons comme un seul et même système avec le cerveau, qui n'en est qu'une terminaison renflée.

Dans les classes inférieures, on peut donc regarder les fonctions instinctives comme à-peu-près également distribuées sur toute la longueur de l'appareil spino-cérébral ; l'activité plus grande des fonctions des portions crâniennes sera représentée précisément par leurs excès de volume sur celles du rachis.

Lorsqu'on s'élève dans l'échelle des animaux, la portion crânienne de quelques cordons de la moelle épinière prend un accroissement énorme, qui doit donner lieu à un accroissement de fonctions proportionnel à ce développement de leur organisation. C'est aussi ce que la physiologie nous montre.

Les facultés instinctives ou intellectuelles des animaux, au lieu d'être uniformément répandues sur toute la longueur du système nerveux spino-cérébral, se localisent à son extrémité antérieure, et il ne reste plus à la moelle épinière que des fonctions dont l'énergie est d'autant plus faible, que son volume est plus petit comparé à celui de l'encéphale.

Mais de ce que les fonctions de l'encéphale sont plus énergiques que celles de la moelle épinière, s'ensuit-il qu'elles soient d'une autre nature ? Non, sans doute.

La moelle épinière n'en est pas moins, comme le cerveau, un organe central siége des déterminations et de la volonté ; elle n'est pas plus que lui une suite de ganglions d'origine des nerfs de sentiment et des mouvemens.

Les tubercules quadrijumeaux et le ruban gris des mammifères, étant, comme le cervelet et le cerveau, des terminaisons des cordons de la moelle épinière, doivent donc aussi être le siége des fonctions relatives aux facultés instinctives ; et ces fonctions doivent être d'autant plus énergiques, que leur organisation est plus développée relativement aux autres parties de l'encéphale ou de la moelle épinière ; l'analogie des fonctions doit accompagner l'analogie de l'organisation.

25°. *La Phrénologie, telle que l'a fondée le docteur Gall, reçoit-elle quelques atteintes des faits qui viennent d'être signalés ?*

Le docteur Gall était trop grand observateur pour avoir trouvé entre les faits, des rapports qui n'auraient pas existé. Non, sans doute, la doctrine à laquelle il a donné son nom n'est point attaquée par ce que nous venons de démontrer ; je rappellerai ici ses propres paroles, citées au commencement de ce Mémoire :

« *Ce que j'ai observé chez l'homme, est vrai pour l'homme ; il ne faut pas conclure des poissons et des reptiles aux autres vertébrés.* »

Les travaux du docteur Gall se composent de deux parties bien distinctes par leur importance et par la part qu'il y a prise lui-même : la partie anatomique, et la partie philosophique, ou phrénologique proprement dite.

La partie anatomique, à laquelle a travaillé plus particulièrement Spurzheim, est précisément celle qui est le plus facilement attaquable.

Il est vrai que c'est Gall qui a dirigé Spurzheim dans ce genre de travaux, et qui a conçu les idées principales à l'aide desquelles ils ont travaillé ensuite à faire dépendre la physiologie du cerveau de sa structure. Mais tous ceux qui ont connu particulièrement ce grand philosophe, et qui ont assez

vécu dans son intimité pour bien apprécier ses idées sur la phrénologie, savent qu'il attachait lui-même peu d'importance aux détails anatomiques, et qu'il faisait consister toute sa gloire dans les rapports qu'il avait trouvés entre les développemens des circonvolutions cérébrales et les différentes aptitudes de l'homme et des animaux : ce fut là la seule anatomie qui lui a servi véritablement à prouver sa doctrine sur la nature de nos facultés ; et c'est la seule partie qui, jusqu'aujourd'hui, soit restée comme fondement inébranlable de la phrénologie.

Cette partie de ses travaux a été poussée par lui à un tel degré de perfection, que je ne sache pas qu'on lui ait fait faire le moindre progrès, qu'on lui ait apporté la moindre amélioration, malgré les tentatives de Spurzheim, malgré les travaux de toutes les sociétés phrénologiques, qui ont plutôt servi à répandre cette doctrine et à en constater la vérité, qu'à la perfectionner.

Il n'en est pas de même de l'anatomie de détails du système nerveux, qui, faite après coup et dans le but de compléter certains rapports vrais entre nos facultés et notre organisation a été cultivée sous l'inspiration d'idées systématiques secondaires qui manquent souvent de vérité et d'exactitude.

Mais, je le répète, ces défauts qui ne portent que sur des points de peu d'importance, ne peuvent en rien diminuer la solidité d'une doctrine trop belle et trop vraie pour être attaquée par des faits d'un ordre moins élevé.

Les idées du docteur Gall sur la différence qui existe entre la substance nerveuse blanche et la matière grise, sur les ganglions d'origine du système nerveux, sur la direction des fibres divergentes et convergentes, sur les commissures comme réunion de toutes les fibres rentrant après leurs épanouissemens ; toutes ces idées peuvent être vraies ou fausses sans que sa doctrine en reçoive la moindre confirmation ou la plus légère atteinte.

Lorsque le docteur Gall a avancé que les tubercules quadrijumeaux étaient l'origine des nerfs optiques, lorsqu'il a démontré que ces tubercules étaient méconnus chez les poissons et les reptiles, où on les prenait pour les lobes cérébraux ou pour les couches optiques, il a eu raison, et il a rétabli les véritables rapports des parties de l'encéphale dans ces classes d'animaux. Sous ce point de vue, il a été en progrès sur les auteurs les plus avancés en anatomie comparée avant lui.

Mais lorsqu'il a ajouté que ces tubercules n'étaient que de la substance grise sans organisation fibreuse, et qu'ils n'avaient d'autres fonctions que de donner naissance aux fibres du nerf optique, il a avancé une idée incomplète que nous avons cherché à rectifier dans ce mémoire.

Sans doute sous le point de vue phrénologique, il y avait peu d'inconvéniens à envisager ainsi les tubercules quadrijumeaux chez l'homme où ils ne sont que rudimentaires, et c'est pour cette raison qu'il pouvait dire que ce qui était vrai pour l'homme ne l'était pas toujours chez les autres animaux.

Par cette manière de s'exprimer, il laissait le champ ouvert à l'étude des animaux, et c'est cette lacune que nous avons cherché à remplir.

Le docteur Gall a démontré quel était dans la tête le système nerveux central, siége de la volonté et des déterminations ; j'ai cherché à faire l'application de ses principes à la démonstration du même système central dans la moelle épinière et dans quelques-uns de ses prolongemens méconnus comme tels.

On ne se méprendra pas, sans doute, sur mes idées au point de croire que j'aie voulu placer dans la moelle épinière le siége des fonctions que Gall a placé dans le cerveau.

J'ai avant tout voulu démontrer que sous le point de vue anatomique, la moelle épinière était tout autant que le cerveau indépendante des nerfs qui en partent ou qui y aboutissent ; que les huit cordons longitudinaux de la moelle constituaient un système central qui, analogue aux lobes cérébraux, travaillait à leur manière les impressions apportées par les nerfs rachidiens, et produisait commme le cerveau des déterminations et une volonté ; que le cerveau, sous le point de vue anatomique, était exactement la même chose que les cordons longitudinaux de la moelle avec la seule différence d'un plus grand développement ; que les cordons longitudinaux de la moelle formaient avec l'encéphale un seul et même système continu, et qui ne présentait sur toute son étendue aucune trace visible pouvant indiquer la fin de l'un et le commencement de l'autre.

Je dirai, pour préciser davantage, que j'ai cherché à démontrer que le cordon médian inférieur se terminait antérieurement par les lobes cérébraux ; le cordon latéral inférieur, par la calotte interne des tubercules quadrijumeaux; le cordon latéral supérieur, par le cervelet; le cordon médian supérieur, par le ruban gris ou circonvolutions latérales de la moelle.

26°. *Conséquences physiologiques de ce travail.*

Les tubercules quadrijumeaux et le ruban gris des mammifères ont des fonctions analogues à celles du cerveau et du cervelet, et non relatives aux nerfs optiques ou à la septième paire. Les expériences qui ont été tentées sur ces organes ne pouvaient donc pas éclairer sur leurs fonctions, puisqu'on ignorait cette organisation particulière.

Les fonctions des tubercules quadrijumeaux, pour être rudimentaires chez l'homme et les mammifères, n'en sont pas moins à rechercher avec des idées différentes de celles qui ont présidé aux travaux qu'on a faits jusqu'aujourd'hui dans ce but.

Il existe certainement chez l'homme, un instinct, une faculté, une aptitude, qui extrêmement peu développée chez lui, est extrêmement énergique chez les poissons osseux, chez le *thon* principalement, et dont le siége est placé dans la calotte interne des tubercules quadrijumeaux. Quelle est-elle ? Je ne puis qu'en prouver l'existence par l'anatomie.

Il existe encore chez l'homme une faculté, un instinct qui, rudimentaire chez lui, est très-énergique chez les poissons cartilagineux, la *lamie* surtout : son siége est dans le ruban gris. Quelle est cette faculté ? L'observation nous dévoilera probablement la nature de cette fonction démontrée par l'anatomie.

Chacun des cordons longitudinaux de la moelle épinière doit avoir des propriétés tout aussi différentes entre elles -

que le cerveau diffère du cervelet et que celui-ci diffère des tubercules quadrijumeaux, et ces fonctions sont plutôt relatives à la volonté et aux déterminations, qu'à celles qu'on attribue à de simples origines nerveuses. On voit donc combien ont du être incomplètes et inexactes les expériences qui ont été faites sur ces différens organes, dont on ignorait les véritables dispositions.

C'est parce qu'on a opéré sur des parties dont la structure et les rapports n'avaient rien de déterminé qu'on a éveillé des symptômes aussi variables que les points sur lesquels ont porté les expériences.

Doit-on être étonné maintenant que les vivisections aient donné des résultats aussi contradictoires, aussi opposés, les uns aux autres?

On conçoit qu'aucune idée positive d'anatomie n'ayant présidé à de telles recherches, chaque opérateur a dû observer des phénomènes qui, au lieu d'être le produit d'un seul organe, ont été un mélange de fonctions irrégulièrement excitées ou perverties.

Le docteur Gall a parfaitement démontré que la volonté appartenant à chacune de nos facultés et à chacun de nos instincts, il était absurde de lui chercher un siége particulier, puisqu'elle était le dernier acte des facultés en activité.

Quand j'ai avancé que les tubercules quadrijumeaux, le ruban gris et les cordons longitudinaux de la moelle épinière devaient être le siege de la volonté et des déterminations, je n'ai point du tout voulu exprimer une opinion opposée à la sienne, car je la partage entièrement.

J'ai voulu dire que ces différens organes n'étant point de simples origines nerveuses, étaient le siége d'instincts ou de facultés capables de produire ensuite la volonté et les déterminations; j'ai été obligé de désigner par un de leurs attributs les plus généraux des facultés que je ne connais que par l'anatomie et par induction.

J'ai voulu prouver que si les lobes cérébraux et le cervelet étaient des organes créateurs d'idées, de sentimens, de perceptions, puis de volonté et de déterminations, la moelle épinière et ses renflemens antérieurs devaient s'acquitter de fonctions analogues, puisqu'il y avait analogie de structure avec ces premiers et analogie de rapports avec les nerfs du sentiment et du mouvement. Ces nerfs ne sont que de simples conducteurs ne créant ni idées, ni sentimens, ni volonté, ni déterminations.

Jusqu'aujourd'hui on leur avait associé la moelle épinière, les tubercules quadrijumeaux, et le ruban gris dont toutes les fonctions se bornaient, croyait-on, à porter au cerveau les impressions reçues par les nerfs et à transmettre les ordres de la volonté dont le siége était placé dans les différentes parties de l'encéphale, tandis que tout mon travail a pour objet de démontrer que ces organes sont tout aussi distincts des nerfs que l'encéphale l'est lui-même, et qu'ils sont tout aussi bien que lui organisés pour créer la volonté et tous les actes qui la précèdent. C'est maintenant à l'observation et à l'expérience à démontrer de quelle nature sont les actes, les idées, les sentimens, les perceptions de ces différens organes.

Nota. Les recherches d'anatomie qui font la base de ce mémoire et de ceux qui le suivront, ont été commencées à Montpellier en 1819, et continuées à Rome de 1820 à 1822.

J'en ai lu le résultat à l'Académie des sciences, dans sa séance du 22 décembre 1823, sous le titre de : *Recherches d'anatomie et de physiologie comparées du système nerveux dans les quatre classes d'animaux vertébrés.*

M. Cuvier fut nommé rapporteur de ce travail; je lui remis le texte et les planches, et j'allai plusieurs fois chez lui, à sa demande, disséquer plusieurs cerveaux de poissons, sur lesquels je lui montrai le dédoublement des tubercules quadrijumeaux; il fut tellement convaincu de l'existence de cette disposition anatomique si importante, qu'il adopta complétement ma manière de voir à cet égard, et la consigna dans son histoire des poissons, publiée quatre ou cinq ans après; il est vrai qu'il a oublié de me nommer, mais j'étais alors en Grèce depuis quelques années, et il importait davantage à la science que sa mémoire fût plus fidèle pour ce fait que pour le nom de celui qui l'avait découvert. Une analyse de ce travail a été publiée dans les *Archives générales de médecine*, janvier 1824, et dans le *Bulletin universel* de M. de Férussac de la même année.

Le docteur Gall, à qui je communiquai mes recherches, s'en servit également pour modifier ses opinions sur les tubercules quadrijumeaux, comme on peut le voir à la page 253 du sixième volume de son ouvrage in 8° intitulé : *Revue critique de quelques ouvrages anatomico-physiologiques*, etc., et publié en 1825, c'est-à-dire près de deux ans après la lecture de mon mémoire à l'institut et de son analyse dans les journaux de l'époque.

Comme il a cité mon nom à plusieurs reprises dans ce volume, et qu'il a même rappelé mes recherches à l'occasion des tubercules quadrijumeaux de la taupe, pag. 309, je me crois obligé de le citer ainsi que Cuvier, comme deux autorités imposantes dont l'approbation doit avoir quelque valeur aux yeux des anatomistes.

EXPLICATION DES FIGURES.

PLANCHE II.

FIGURE Ire.

Cerveau de la lamie (Lamna cornubina, Cuv., squalus nasus, Art.).

a a Nerfs olfactifs coupés; ils se rendent dans des ganglions olfactifs, dont le volume est aussi considérable que celui des lobes cérébraux.

b c d Lobes cérébraux formés par l'épanouissement des cordons longitudinaux *ii*, qui se voient au fond du ventricule placé entre les tubercules quadrijumeaux *mm*, et la partie postérieure des lobes cérébraux *dd*.

Le cerveau proprement dit des poissons cartilagineux, diffère essentiellement de celui des poissons osseux, en ce

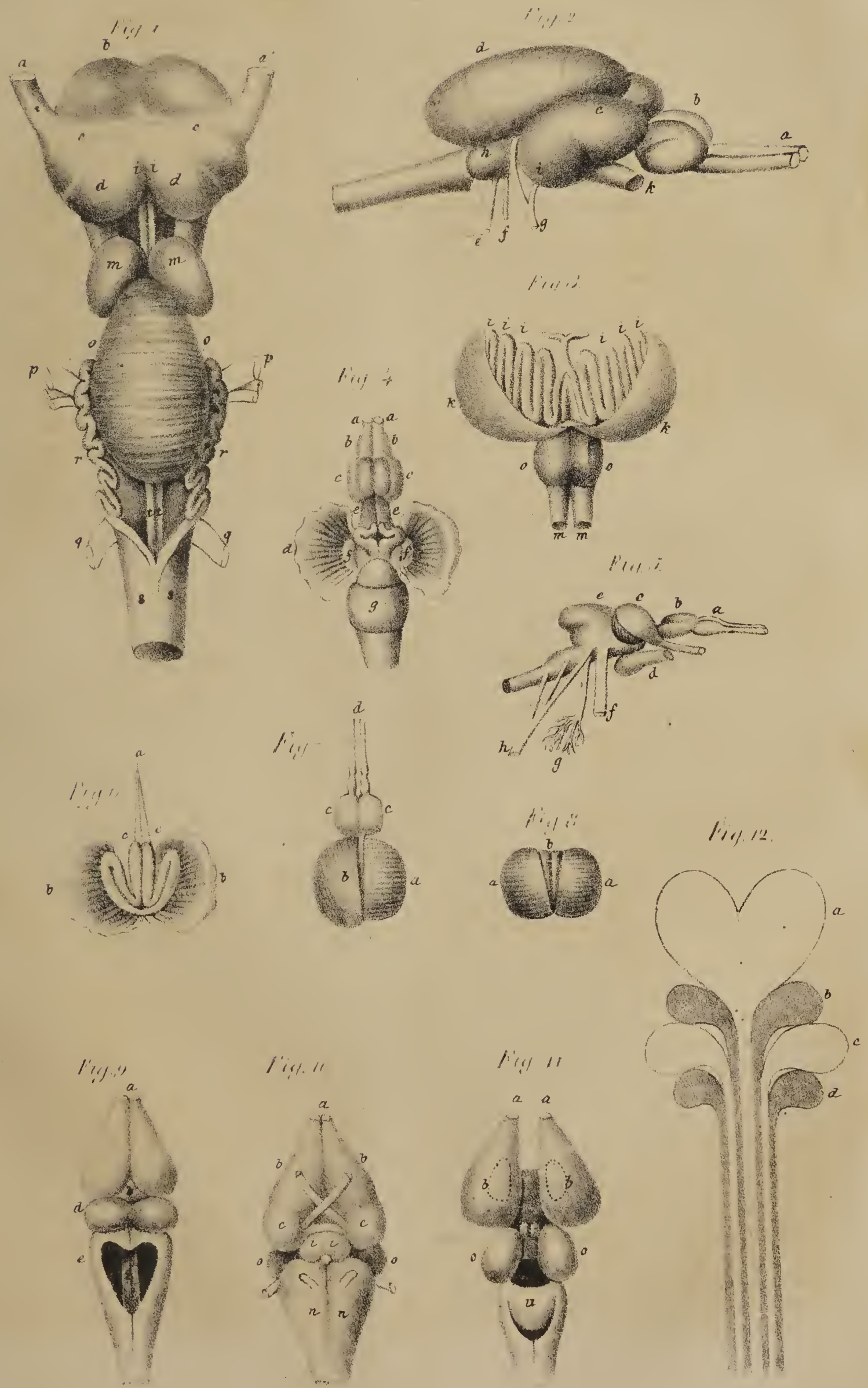
Fig. 1
Fig. 2
Fig. 3
Fig. 4
Fig. 5
Fig. 6
Fig. 7
Fig. 8
Fig. 9
Fig. 10
Fig. 11
Fig. 12

qu'il n'est pas formé de deux hémisphères distincts et séparés.

Il consiste dans un seul et même organe, dont les deux parties sont intimement unies et confondues en une seule sur la ligne médiane.

Les bandes *cc* et *dd* paraissent être des commissures destinées à unir encore plus ces parties les unes aux autres.

mm Tubercules quadrijumeaux ; ils sont formés par l'épanouissement des faisceaux *t t*, passant dans le ventricule de la moelle allongée derrière le cervelet.

Ils ne renferment point de corps striés ni de circonvolutions comme dans les poissons osseux.

oo Cervelet. Cet organe qui consiste ordinairement, chez les poissons, dans une simple calotte analogue aux tubercules quadrijumeaux, montre chez la *lamie* un assez grand nombre de replis qui en augmentent la surface et le rapprochent davantage de celui des mammifères.

Il est formé par l'épanouissement des faisceaux de la moelle épinière, qui se trouvent de chaque côté en dehors des deux cordons *tt*.

rr Circonvolutions latérales de la moelle épinière : je n'ai pu donner un nom plus convenable à ce nouvel organe qui offre son maximum de développement dans ce poisson.

Il consiste de chaque côté dans une lame nerveuse, fibreuse, blanche intérieurement et couverte extérieurement par une couche de substance grise. Cette lame offre des plis et des circonvolutions entièrement analogues à celles du cerveau.

Elles sont la continuation et l'épanouissement des cordons médians supérieurs *ss*.

Elles sont traversées par les nerfs de la septième et de la cinquième paire P. qui, quoique réunies en un seul tronc, au moment où elles traversent cet organe, n'en ont pas moins des origines bien distinctes.

Toutes les fibres de la septième paire se portent vers la ligne médiane en croisant à angle droit la moelle allongée.

Tandis que les fibres de la cinquième paire descendent dans l'intérieur même du canal de la moelle épinière, avec laquelle elles deviennent parallèles, et se rendent à une demi-douzaine de petits ganglions disposés également sur une ligne parallèle à la moelle.

Les circonvolutions latérales de la moelle épinière me paraissent être l'analogue du ruban gris des mammifères, qui consiste dans deux ou trois petits ganglions gris recouvrant l'origine des fibres de la septième paire. Les rapports de ces deux organes sont exactement les mêmes. Il n'y a entre eux qu'une différence de développement. Rudimentaires chez les mammifères, elles sont un organe de haute importance chez les poissons cartilagineux.

g Huitième paire.

FIGURE II.

Cerveau du thon (Scomber thinnus).

a Nerfs olfactifs coupés.

b Lobes cérébraux : on voit combien ils sont petits ; ils n'ont point de corps striés dans leur intérieur, et l'inspection seule de cette figure montre combien leur importance doit être petite comparée à celle des tubercules quadrijumeaux et du cervelet.

c Tubercules quadrijumeaux : le replis qu'on observe à leur partie inférieure n'est point partagé par la calotte intérieure de ces mêmes tubercules, de sorte que ce repli ne porte que sur les fibres extérieures qui appartiennent exclusivement au nerf optique.

Ce fait prouve qu'il n'y a aucune espèce de relation nécessaire entre les deux calottes composant les tubercules quadrijumeaux, puisque le grand développement de la calotte externe n'entraine point celui de la calotte interne. Nous verrons la disposition inverse dans le cerveau de la *sole*, où c'est au contraire la calotte externe qui est moins développée que l'interne.

k Nerf optique coupé.

d Cervelet. Cet organe est entièrement creux ; il commence déjà à présenter à sa surface quelques plis.

i g Troisième paire.

h g Quatrième paire.

C'est la première fois que j'ai vu ces deux nerfs réunis en un tronc commun.

Il est évident, par ce fait très-remarquable, que si la troisième et la quatrième paire sont séparées dans le cerveau de la plupart des animaux, cela est dû au développement énorme des faisceaux de la moelle allongée et des cuisses du cerveau.

Ces deux nerfs ne constituent qu'une seule paire analogue aux autres paires vertébrales ; la racine postérieure ou supérieure est représentée par la quatrième, tandis que la troisième paire en forme la racine antérieure ou inférieure, suivant que l'on considère le cerveau de l'homme ou celui des mammifères, ou plutôt suivant que l'on considère les paires de la tête ou du rachis.

Il ne serait pas difficile de trouver pour les autres paires de la tête, les analogues des racines antérieures et des racines postérieures.

f Septième paire.

e Cinquième paire.

FIGURE III.

m m Nerfs olfactifs.

o o Lobes cérébraux.

k k Tubercules quadrijumeaux, séparés l'un de l'autre pour montrer les nombreuses circonvolutions contenues dans leur intérieur.

i i i i i Circonvolutions contenues dans l'intérieur des tubercules quadrijumeaux. Elles ne sont point de simples ganglions d'origine formé d'un simple amas de substance grise ; elles sont elles-mêmes parfaitement organisées et fibreuses ; leur intérieur est creux, et jamais le nom de circonvolutions intestinales ne fut mieux appliqué, car leur ressemblance est parfaite avec celles des intestins.

Je ne connais aucun animal chez lequel ces organes puissent être comparés à ceux-ci pour leur énorme développement.

Ces circonvolutions ne paraissent être la continuation d'aucun des cordons de la moelle épinière.

Elles sont implantées au fond même des tubercules quadrijumeaux, sans qu'on puisse suivre plus loin leurs fibres.

Le lieu de leur insertion est en-dedans du corps strié, entre lui et la ligne médiane.

Elles n'ont du reste aucune relation d'organisation avec les fibres du nerf optique, dont elles sont séparées par la calotte interne formée par l'épanouissement des fibres sortant du corps strié.

Il est évident que des tubercules quadrijumeaux, aussi développés, garnis intérieurement de gros corps striés, d'une commissure, et d'un appareil aussi compliqué que celui des circonvolutions, doivent remplir des fonctions de première importance, puisque ni les lobes cérébraux, proprement dits, ni le cervelet, n'offrent un si haut degré d'organisation compliquée.

Or, comme ces fonctions n'ont rien à faire avec la vision, elles doivent être relatives à celles qu'on a coutume d'attribuer aux hémisphères cérébraux.

FIGURE IV.

Cerveau du loup (Perca labrax).

a a Nerf olfactifs.
b b Ganglions olfactifs.
c c Lobes cérébraux.
d e Tubercules quadrijumeaux ouverts : on voit dans leur intérieur les fibres rayonnées qui partent des corps striés.
f Corps strié ; ils existent dans tous les poissons osseux. Ils sont le renflement du cordon latéral inférieur de la moelle épinière. De ces corps striés partent en rayonnant les fibres nerveuses qui en se recourbant en dessus, forment la calotte interne des tubercules quadrijumeaux. Ces fibres croisent les fibres d'origine du nerf optique.

Entre ces corps striés se voient les circonvolutions contenues dans la cavité des tubercules quadrijumeaux ; elles sont bien moins développées dans le *loup* que dans le *thon*.

Cette figure a pour objet de montrer le rapport de position de ces deux organes.

g. Cervelet.

FIGURE V.

Cerveau de la sole (Pleuronectes solea).

a Ganglions olfactifs.
b Lobes cérébraux.
c Tubercules quadrijumeaux. Ces organes sont la partie la plus importante de cette figure.

En effet, on voit que le nerf optique se continue en formant la calotte externe des tubercules quadrijumeaux ; mais ici la calotte interne n'est pas recouverte entièrement par l'externe ; elle déborde de dessous celle-ci qui n'est pas assez grande pour la couvrir.

C'est la disposition contraire de celle que nous avons rencontrée dans le *thon*, où la calotte externe est beaucoup plus grande que l'interne. Ces deux faits prouvent l'indépendance de ces deux espèces de fibres, qui ne sont pas toujours développées proportionnellement l'une à l'égard de l'autre.

e Cervelet.
f Cinquième paire, dont une branche se réunit à la huitième.
g Septième paire.
h Huitième paire.
d Éminences mammillaires.

FIGURES VI, VII, VIII.

Portions du cerveau du maquereau (Scomber scomber).

b b Tubercules quadrijumeaux ouverts pour montrer les circonvolutions contenues dans leur cavité ; on ne voit pas les corps striés recouverts par elle.
c c a Commissure de la calotte interne des tubercules quadrijumeaux ; cette commissure est développée ici, car elle adhère au bord interne des tubercules quadrijumeaux.

FIGURE VII.

a Nerfs olfactifs.
c c Lobes cérébraux.
b a Tubercules quadrijumeaux. Le tubercule *b* est intact. On voit, à sa surface, la direction presque longitudinale des fibres qui vont se réunir au-dessus, pour former le nerf optique : le tubercule *a*, au contraire, est privé de cette calotte extérieure ; il ne consiste, par conséquent, que dans la calotte interne formée par l'épanouissement des fibres partant du corps strié, et dont la direction croise celle des fibres qui la recouvrent.

FIGURE VIII.

a a Tubercules quadrijumeaux dédoublés. On a enlevé la calotte externe ; on ne voit plus que l'interne, avec leur commissure *b* en place.

FIGURE IX.

Cerveau grossi de la rainette (Hyla).

a d Lobes cérébraux.
d Tubercules quadrijumeaux ; ils sont sans corps striés et sans circonvolutions intérieures.
b Petits corps placés en avant des tubercules quadrijumeaux, et occupant la place de la glande pinéale.
c Cordon qui, en s'adossant avec celui du côté opposé, se termine par une petite languette qui est l'analogue du cervelet.

C'est dans cette classe d'animaux que le cervelet n'est que rudimentaire.

i Cordons se rendant dans les tubercules quadrijumeaux et dans les lobes cérébraux.

FIGURE X.

Cerveau du gecko, vu en dessous.

a b c Lobes cérébraux.
c b Nerfs optiques.
i i Bande transversale placée derrière l'entrecroisement des nerfs optiques, est servant de commissure à la calotte externe des tubercules quadrijumeaux, dont elle termine et borde la partie postérieure.

Cette commissure existe sans exception dans toutes les classes d'animaux, mais elle n'est pas toujours aussi visible que dans le *gecko;* tantôt elle est entièrement cachée par les nerfs optiques, et se trouve confondue avec eux comme cela a lieu dans l'homme; c'est ce qui explique les différentes descriptions que les anatomistes ont données des nerfs optiques de l'homme dont les fibres ont paru avoir une direction différente, suivant qu'on les examinait antérieurement ou postérieurement où elle se trouve davantage. Tantôt cette commissure est cachée seulement en partie par les nerfs optiques derrière lesquels on en voit la portion libre, comme cela a lieu dans le *bufle*, etc.; tantôt elle en est séparée par un intervalle plus ou moins considérable, comme cela a lieu dans le *gecko*, le *rat*, etc.
n n Sixième paire.
o Tubercules quadrijumeaux.

FIGURE XI.

Cerveau du gecko, vu en dessus.

a a Lobes cérébraux écartés pour faire voir la commissure tranversale qui les unit.
b b Corps striés figurés au travers des lobes cérébraux.
o o Tubercules quadrijumeaux écartés pour faire voir la commissure de la calotte interne, et au-devant d'elle les corps analogues à la glande pinéale.

Il n'y a rien dans les tubercules quadrijumeaux; ils sont creux, mais il n'y a ni corps striés ni circonvolutions. Leur importance dans les reptiles est, comme il est facile de s'en convaincre par ces figures, bien au-dessous de celle des lobes cérébraux.
u Cervelet; il ne consiste que dans une simple lame plate qui recouvre le quatrième ventricule.

C'est cette lame qui, quand elle prend de l'étendue, comme on le voit chez les poissons, est obligée de se recourber en coque ou calotte creuse. Cette calotte, simple chez les poissons osseux, forme déjà des plis chez les poissons cartilagineux. Dans ces plis principaux il s'en forme de secondaires, de tertiaires, et de toutes ces subdivisons accollées, ramassées, confondues, il résulte une masse compacte, telle qu'on la voit dans le cervelet des oiseaux et des mammifères, qui, bien que formé exactement comme celui des poissons et des reptiles, n'en diffère que par un plus grand développement qui a effacé la cavité intérieure par le rapprochement des plis.

Cette cavité n'existe que comme *possible*; avec un peu d'habitude on peut encore la démontrer dans les différentes parties de l'arbre de vie, et quelques cas assez rares d'hydropisie ont produit le déplissement du cervelet, comme on l'a vu également dans le cerveau, dont la formation est entièrement analogue à celle du cervelet.

FIGURE XII.

Cette figure, qui ne représente rien de réel, est faite pour donner une idée assez nette du type de la moelle épinière et du cerveau dans les quatre classes d'animaux.

On y voit les huit cordons de la moelle épinière, qui, au lieu d'être disposés circulairement en cylindre, sont développés en lame. Les deux centraux, que j'ai laissés en blanc pour les distinguer, sont les cordons médians inférieurs; ils se rendent dans les lobes cérébraux.

Les deux cordons noirs qui sont en dehors se terminent par les tubercules quadrijumeaux.

Les deux autres blancs se terminent par le cervelet.

Les deux autres noirs qui sont tout-à-fait en dehors se terminent par les circonvolutions latérales de la moell épinière. Je les appellerai, savoir :

Les premiers,	A faisceaux cérébraux de la moelle;
Les seconds,	B faisceaux optiques;
Les troisièmes,	C faisceaux cérébelleux;
Les quatrièmes,	D faisceaux acoustiques.

Il suffit de prévenir que les épithètes optiques et acoustiques n'indiquent nullement que les fonctions de ces faisceaux soient le moins du monde relatives à la vue et à l'ouie, puisque tout le but de ce mémoire est de démontrer le contraire; c'est faute d'autres expressions que j'ai adopté celles-ci prises seulement à cause du rapport du voisinage de ces deux faisceaux avec les fibres des nerfs optiques et acoustiques.

J'ai préféré ces dénominations à celles de faisceau médian inférieur, faisceau latéral inférieur, faisceau latéral supérieur faisceau médian supérieur.

Je n'y attache du reste aucune espèce d'importance, je serai prêt à les changer quand j'en trouverai de plus convenables.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES;

Redigé par MM.

J. BOUILLAUD, F. DUBOIS (D'AMIENS), C. FORGET, A. VIDAL (DE CASSIS).

AVRIL 1834.

LÉSIONS DU FOIE.

Par le docteur CONSTANTIN,

Chirurgien de première classe de la marine royale, au port de Rochefort.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Chute grave. — Rupture du foie. — Épanchement. — Mort.

Le nommé Ricolais, matelot à bord de la frégate la *Clorinde*, tomba de la grande vergue sur le pont, le 5 février 1825, à sept heures et demie du soir; la chute eut lieu sur le dos, aucune fracture n'en résulta, une légère contusion existait seulement sur la peau des lombes; le blessé ne perdit point connaissance : on pratiqua de suite une saignée de seize onces; peu d'instans après, le pouls devint petit, tremblottant; il se plaignit de douleurs intolérables aux régions hépatique et épigatrique; il en accusait aussi une très-vive à l'épaule droite; la soif était ardente, l'agitation extrême; l'abdomen se ballonnait et se tuméfiait de plus en plus; on sentait manifestement le flot d'un liquide dans cette cavité. Ricolais me dit sentir son ventre se remplir davantage, lors de l'ingestion de la limonade qu'on lui donnait pour étancher sa soif: on se borna à faire des affusions d'eau froide sur l'abdomen, pour tâcher d'arrêter l'épanchement du sang, qui me parut le résultat de la rupture du foie; mais le ventre continua à augmenter de volume. A dix heures, le diaphragme ne pouvait plus s'abaisser, et la respiration n'avait lieu qu'avec des angoisses inexprimables; le pouls devint imperceptible; une sueur froide convrit tout le corps; les extrémités perdirent toute chaleur. A onze heures, il cessa de vivre, trois heures et demie après l'accident.

Autopsie. Habitude extérieure. Nulle lésion du squelette.

Poitrine. Tout était sain; seulement les viscères thoraciques, qui n'occupaient guère que le tiers de leur emplacement ordinaire, étaient fortement refoulés en haut par la saillie du diaphragme.

Abdomen. Toute cette cavité était remplie de sang; le foie présentait sur sa convexité une déchirure, longue de trois pouces et profonde de six lignes; la rate était rompue en plusieurs points; la surface extérieure de l'estomac, recouverte par le péritoine, offrait des gerçures de sept à huit lignes dans une multitude de points; examiné à l'intérieur, ce viscère présente une rupture de cinq pouces suivant sa largeur; cette rupture avait lieu dans l'écartement des deux feuillets péritonéaux formant le grand épiploon, en sorte

qu'une grande quantité d'alimens, de pois à demi-digérés, ainsi que les boissons, ne s'étaient pas épanchés dans la cavité péritonéale, et étaient restés contenus comme dans une poche, dans cet écartement de la séreuse.

Ce fait, malgré sa terminaison funeste, m'a paru digne d'être rapporté, pour aider en quelque sorte, par l'autopsie, au diagnostic de l'observation suivante, dont l'issue fut plus heureuse, quoique les symptômes aient présenté la plus frappante analogie avec la précédente, et que les premiers momens, comme chez Ricolais, aient fait porter le pronostic le plus fâcheux. On y remarquera d'ailleurs cette rupture de l'estomac, si difficile à expliquer, qui fut traduite au-dehors par une intolérable épigastralgie et une soif inextinguible, sans le moindre vomissement, probablement à cause de l'énorme déchirure du viscère, qui ne permettait plus de contractions actives à ses fibres rompues.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Contusion violente. — Fracture des côtes. — Rupture présumée du foie. — Épanchement. — Guérison.

Le 12 août 1825, la frégate la *Clorinde* était mouillée à l'entrée de la Chésapeack; à quatre heures et demie du matin, nous nous disposions à monter à Norfolk; l'ancre avait été virée à long pic, et la faiblesse de notre équipage, maltraité par une affreuse épidémie de dysenterie, avait forcé tout le monde à monter sur le pont pour établir les voiles avant de lever l'ancre. Mais il ventait forte brise, les huniers étant hissés offrirent au vent une surface immense, et opérèrent sur le câble une force incommensurable. Le linguet du cabestan se rompit, celui-ci dévira avec une effroyable rapidité, lançant de tous côtés les barres qu'on y avait laissées; heureusement, il n'y avait personne dans la batterie. Mais M. de Gr... (lieutenant de vaisseau, trente-cinq ans, tempérament nerveux sanguin), qui la commandait, s'y précipite; il est à peine au bas de l'échelle, qu'une des barres le frappe obliquement sur le côté droit de la poitrine; il tombe sur le coup sans connaissance. Paleur extrême, respiration difficile, anxiété des plus grandes, pouls imperceptible. A l'examen, je trouvai une crépitation osseuse et emphysémateuse sur les cinquième, sixième et septième côtes droites; leur fracture était manifeste; toute cette région était fort douloureuse, car le moindre attouchement arrachait des cris au blessé.

M. de G... resta une demi-heure en état de syncope; il en fut tiré par des ventouses scarifiées en grand nombre, qui furent appliquées sur le côté. (Inf. tilleul arom.) La dyspnée continua; le pouls devint intermittent, vermiculaire; une petite toux se déclara; des crachats sanglans apparurent, et me firent penser que le poumon surtout avait été grièvement blessé: privé de sangsues, je réappliquai des ventouses. Mais M. de Gr... se plaignit bientôt d'une douleur des plus aiguës à l'épaule droite; ce symptôme reporta mon attention vers la région hépatique; la légère pression de ma main y était très douloureuse, et cette douleur, le blessé l'avait confondue avec celle de la poitrine. Il me fit remarquer aussi quel volume considérable avait acquis son ventre, naturellement aplati. Il ne me fut plus possible de méconnaître un épanchement, qui s'était d'abord effectué avec lenteur, sans doute à cause de la syncope prolongée, mais qui augmentait à vue d'œil, et à tel point, qu'à huit heures l'abdomen était énormément distendu et fluctuant. Je le recouvris de compresses froides et souvent renouvelées. (Potion avec eau de Rabel.)

M. de Gr... semblait n'avoir que quelques instans à vivre, des syncopes fréquentes, des vomissemens, une anxiété horrible occasionnée par le refoulement du diaphragme, qui seul avait jusque-là servi à la respiration, à cause de la fracture des côtes; un froid général, un pouls imperceptible, m'annonçaient sa fin prochaine. Le blessé ne s'abusait pas sur sa position: il avait été présent à l'agonie de Ricolais, et il se reconnaissait tous les symptômes qu'il avait observés chez ce malheureux. Cependant, vers neuf heures, je sentis le pouls se raminer; les syncopes s'éloignèrent, la peau se réchauffa. A dix heures, nous étions sur la rade d'Hampton, j'appelai en consultation MM. Letessier et Thomassin, chirurgiens-majors de l'escadre; ils reconnurent, avec moi, l'épanchement abdominal, et quoiqu'il parût arrêté, la rupture si évidente du foie qui y donnait lieu leur fit prédire les accidens plus graves et une terminaison funeste. Dans l'après-midi, le pouls devint fréquent, plein, la face rouge, la respiration des plus pénibles. Saignée de quinze onces; fom. de gr. de lin. sur l'abdomen. Nuit agitée, délire, peau brûlante, respiration courte, anxieuse, toux rare, plus de crachats sanglans, soif vive, quelques nausées. (Limonade.)

Le 13, au matin: abdomen fort douloureux, surtout à droite; la douleur de l'épaule persiste; légère teinte ictérique sur-tout le tronc; pouls fréquent, serré, dur; respiration courte; toux sèche. (Eau gommée acidulée; quarante sangsues sur la région hépatique, quarante autres disséminées sur l'abdomen; fomentations émollientes; immobilité la plus complète; diète.) Beaucoup de sangsues saignèrent une partie de la journée: le soir, le pouls était plus mou quoique fréquent; la peau un peu moite. Il y eut quelques heures de sommeil pendant la nuit.

14. L'effusion ictérique s'étend à la face. Pouls plein, fréquent; respiration courte, pénible; abdomen peu douloureux; langue sèche; soif. (Eau gommée acidulée. Diète. Foment.)

Le soir: fièvre violente, peau brûlante, agitation, respiration courte, pouls serré, très-fréquent, 120 pulsations; constipation depuis quatre jours. (Saignées de 15 onces. Lavem. huile de ricin, deux onces.) A minuit: le malade est calme; deux selles copieuses sans douleur; pouls tombé à 90; il est mou; respiration plus libre. Trois heures de sommeil paisible.

Le 15, troisième jour de l'accident. Pouls mou, à 90. Peau moite, respiration peu douloureuse, toux rare. Abdomen ramolli et notablement diminué de volume. La douleur persiste au côté droit; elle est supportable, mais elle devient très-vive au moindre mouvement; la teinte ictérique est plus prononcée; langue jaunâtre, soif, urines rares. (Eau gom.; fom. ém.; diète; immobilité.)

Le soir: pouls serré fébrile, respiration plus courte, soif vive. Saignée de 8 onces. La nuit fut tranquille; quelques heures de sommeil; sueur.

Le 16, quatrième jour. Mieux très-sensible, respiration

facile, pouls presque naturel, peau moite. Abdomen peu douloureux. (Quelques cuillerées de bouillon de poulet. Foment. émulsion gommée). Il y avait quelques minutes que j'avais quitté M. de Gr... quand on accourut me chercher pour lui : malgré mes recommandations si souvent réitérées de garder l'immobilité la plus absolue, ce jour-là il se sentit si bien, qu'il crut pouvoir faire impunément quelques mouvemens; il se pencha sur le côté gauche pour prendre son verre, une douleur des plus vives se fit tout-à coup sentir dans la région hépatique; elle causa une syncope qui durait encore quand j'arrivai. La fièvre survint à midi ; douleur du foie très-forte, soif vive, nausées. (Trente sangsues sur la région douloureuse. Foment.) Il n'y eut d'amendement qu'à dix heures du soir, une moiteur générale survint, le pouls tomba à 80, et la nuit fut tranquille.

Le 17, il est bien ; pouls légèrement accéléré ; pas de soif ; un peu d'appétit. La poitrine, soumise à l'auscultation, ne présente rien de particulier ; la respiration est un peu courte, mais facile ; l'abdomen, sensiblement ramolli, est peu sensible, mais pesant. Une selle. (Bouill. de poulet. Eau gommée sucrée. Foment.)

Le soir : léger mouvement fébrile, chaleur.

Le 18, sixième jour. Nuit tranquille, sueurs générales, (pouls naturel. Bouillie légère de fécule de pomme de terre.)

Le 20, le mieux continue, la teinte ictérique est toujours très-prononcée, bouche amère, et pourtant appétit. L'état du ventre est satisfaisant ; il diminue tous les jours de volume ; l'immobilité est toujours observée. (Deux potages.)

Les jours suivants, l'amélioration fit de notables progrès.

Le 25, treizième jour. M. de Gr... commença à faire quelques mouvements, qui ne causèrent aucune douleur ; le ventre était ramolli et insensible. On augmenta successivement les aliments.

Le 27, on put lever le blessé ; il fit quelque pas sans résultat fâcheux. Il se plaignit d'un sentiment de pesanteur dans la région inférieure et droite du ventre, le toucher y fit reconnaitre une tumeur assez prononcée, nullement douloureuse. Il nous fut facile de reconnaître l'épanchement circonscrit en cet endroit.

Notre frégate étant destinée à retourner aux Antilles, M. de Gr... passa, le 29, sur un autre bâtiment qui revenait en France ; son état était alors aussi satisfaisant que possible ; quoique faible encore, il marchait assez facilement, mais il était obligé de se tenir fortement incliné à droite, car lorsqu'il voulait se redresser, il éprouvait une sensation fort douloureuse dans la région du foie.

A mon retour en France, M. de Gr..., que j'eus le plaisir de voir à Brest, était en parfaite santé ; il me donna, sur les suites de sa maladie, les renseignements suivants, qui completent heureusement cette intéressante observation.

Quelques jours après notre séparation, il ressentit une douleur assez vive dans la partie de l'abdomen où se trouvait la tumeur sus-mentionnée, il y éprouvait une sensation de chaleur ; la fièvre survint, et après quatre ou cinq jours de cet état, il fut pris tout-à-coup de coliques et de diarrhée ; les fèces rendues étaient formées de matières noirâtres, fétides, mélangées de pus. Il en rendit ainsi pendant deux jours ; leur quantité diminua successivement, pour disparaitre tout-à-fait. Les fonctions digestives reprirent leur état normal, la douleur abdominale disparut aussi, et le malade recouvrit une santé excellente ; seulement, pendant long-temps encore le côté droit fut sensible lorsque M. de Gr... se redressait vivement, ou qu'il se penchait à gauche. Cela ne l'a pourtant pas empêché de reprendre la mer et de faire plusieurs campagnes depuis cet accident.

TROISIÈME OBSERVATION.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — Lésion très probable du foie. — Guérison.

Leneveu (Mathurin), âgé de vingt-six ans, d'une taille élevée, tempérament bilioso-sanguin, matelot sur la frégate l'*Artémise*, se trouva, à Mahon, le 29 novembre 1830, à deux heures après midi, engagé dans une rixe contre des soldats espagnols ; il reçoit un coup de baïonnette dans l'hypochondre droit, entre la dixième et la onzième côtes, à peu près au point de jonction des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur. Le blessé est apporté à bord une heure après l'événement. Pâleur extrême, froid vif, frisson prolongé, pouls petit, déprimé, douleur très-forte dans la région hépatique s'étendant à l'épaule droite, vomissements, impossibilité de se redresser, soif vive : tels sont les symptômes qu'offrait Leneveu, et qui mirent hors de doute la lésion du foie, et probablement un épanchement dans la cavité péritonéale. Dans cet état de gravité, la médecine avait peu de chose à faire ; nous nous contentâmes de ranimer le blessé, de relever la circulation par l'eau de Rabel, les frictions et les dérivatifs. Un cataplasme laudanisé fut appliqué sur la région douloureuse.

A six heures du soir, le pouls s'élève, il devient plein, vibrant ; la peau est chaude ; la douleur est moins circonscrite ; elle existe dans tout le côté droit de l'abdomen jusqu'à l'hypogastre ; les boissons sont vomies. (Saignée de 24 onces. Foment. chaudes sur l'abdomen. A dix heures du soir, trente sangsues *loco dolenti.*)

Le 30, quelques heures de sommeil pendant la nuit ; le pouls est presque naturel, la peau bonne la langue sèche avec soif ; vomissement bilieux ; peu de douleur à l'endroit de la blessure ; elle se développe par la pression dans tout le côté droit abdominal ; elle se ranime surtout par les mouvemens respiratoires un peu étendus ; légère douleur à l'épaule. (Diète. Immobilité. Eau gom. acid. Foment. émoll. sur l'abdomen.)

1er décembre. Nuit agitée, teinte ictérique prononcée ; pouls fréquent, dur ; respiration courte et douloureuse ; abdomen balonné, tendu, sonore, douloureux ; soif ardente ; langue sèche ; vomissements ; urines sanguinolentes. (40 sangsues sur l'abdomen. Foment. émoll. laudanisées. Révulsifs aux jambes. Abstinence presque complète de boissons, les vomissements augmentant par leur ingestion.) A six heures du soir : exacerbation de tous les symptômes ; face pâle, cris plaintifs, abdomen très douloureux. (20 sangsues sur le ventre.)

Le 2 (quatrième jour de la blessure) : nuit orageuse, insomnie ; pouls fréquent, mais un peu plus développé ; nausées continuelles ; quelques vomissements, seulement quand il boit ; langue humide ; la péritonite parait s'étendre

à gauche, car la douleur est fort vive de ce côté ; même ballonnement du ventre ; toux qui fatigue beaucoup le blessé en augmentant les douleurs abdominales ; urines toujours sanguinolentes. (Eau gom. acidulée avec le suc d'oranges. 25 sangsues autour de l'ombilic. Foment. émoll. laudan.) A cinq heures du soir : pouls petit, serré ; peau froide ; vomissements bilieux, parfois sanguinolents, très fatigants ; soif vive ; même état de l'abdomen : Leneveu semble ne devoir pas passer la nuit. (Synap. promenés sur les membres inférieurs.)

Cependant, quoique la nuit ait été des plus agitées, le 3, au matin, le *facies* était meilleur, plus épanoui ; le pouls, quoique fréquent et fébrile, était développé. Abdomen un peu moins tendu, les douleurs sont circonscrites vers l'épigastre et l'ombilic ; vomissements moins fréquents, langue sèche et humide. (Grand bain chaud d'une heure ; foment. émoll.)

A quatre heures du soir : amélioration sensible, peu de fièvre, douleurs abdominales notablement diminuées, pas de vomissements depuis le bain, soif moindre. (On renouvelle le grand bain.)

Le 4 (sixième jour) ; nuit tranquille, quelques heures de sommeil, *facies* excellent, pouls presque naturel, plus de vomissements, urines claires, constipation. (Diète. Eau gom. Foment. émoll. Demi-lavement huileux.)

Le 5 et le 6, il est très bien. (Bouillon maigre.)

Le 7, le mieux continue. (Un vermicelle léger.)

Le 9, malgré mes recommandations, si souvent réitérées, le blessé fait un excès en aliments, il se lève : nuit agitée, insomnie, peau chaude, soif, douleur assez vive à l'hypochondre droit. (Diète ; repos ; catapl. émoll.) Cet accident n'eut pas de suite, mais la convalescence fut longue, et Leneveu éprouva long-temps, surtout lorsqu'il voulait se pencher sur le côté gauche, une douleur assez vive dans l'hypochondre droit, et qui provient sans doute du tiraillement des adhérences qui existent dans cette région.

Cette observation me paraît d'autant plus intéressante, qu'il n'est pas douteux que le foie n'ait été profondément atteint par l'instrument vulnérant ; la force avec laquelle le coup a dû être porté, le peu de résistance des parois de l'abdomen, le lieu de la blessure, la situation des viscères, tout se réunirait pour faire affirmer que l'organe biliaire a été blessé, si les symptômes bien connus de ces sortes de lésions ne venaient encore rendre cette opinion plus certaine. La phlegmasie péritonéale occasionnée par l'épanchement du sang ou de la bile, parcourt ici ses périodes habituelles, ainsi, après la première saignée, l'érélhisme général et la douleur tombent, le blessé est assez bien pendant vingt-quatre heures. C'est quand le contact de la matière épanchée a causé le développement de la péritonite, que la douleur, dont la marche et l'étendue indiquent celle de l'épanchement, vient à paraître, que la fièvre s'allume avec force, et que tous les accidents de la péritonite sont évidents.

Les vomissemens ont persisté depuis le moment de la blessure jusqu'au sixième jour. Faut-il les attribuer à une lésion traumatique de l'estomac ? Celui-ci avoisine tellement le foie, surtout lorsqu'il est distendu par les alimens, comme cela avait lieu chez Leneveu au moment de la blessure, que le ventricule aurait pu être atteint par la baïonnette ; les vomissemens sanguinolens et continus, après l'ingestion des boissons, porteraient aussi à le croire, si, d'un autre côté, toutes les observations de blessures du foie, rapportées par les auteurs, ne faisaient mention de ces vomissemens, non sanglans à la vérité, que rien ne pouvait arrêter, bien qu'à l'autopsie l'estomac ait toujours été vu dans un état parfait d'intégrité... Chose encore remarquable dans ce cas, c'est la présence du sang dans les urines ; elle eut lieu pendant trois jours : ce sang était-il fourni par une lésion traumatique du rein ? quelque profondément qu'il soit situé, l'instrument vulnérant aurait-il pénétré jusqu'à lui ? Ne connaissant ni la force d'impulsion imprimée à la baïonnette, ni la direction dans laquelle elle a été dirigée dans l'abdomen, je ne puis l'affirmer ; ensuite ce phénomène me paraît pouvoir être expliqué sans admettre que le rein ait été blessé. N'est-il pas d'observation journalière que fréquemment dans la péritonite les glandes urinaires venant à s'enflammer, les urines se suppriment ? Or, il est tout aussi rationnel de penser que cette même néphrite puisse donner lieu, dans certains cas, à une exhalation sanguinolente, puisqu'on admet que cette sécrétion anormale puisse être produite dans d'autres organes enflammés.

Les trois observations qu'on vient de lire comportent un vif intérêt, d'abord sous le point de vue de la symptomatologie des lésions du foie : dans toutes trois, figurent les signes pathognomoniques de ces lésions, particulièrement la douleur à l'épaule droite, que, dans ces derniers temps, on a révoquée en doute, et qui s'est rencontrée même chez le sujet de la première observation, qui n'a survécu que trois heures à sa chute. La seconde observation donne un exemple des immenses ressources que peut développer la nature, pour la guérison des lésions les plus graves, car le malade a survécu à des accidens qui entraînent presque inévitablement la mort. Il est probable que chez lui les matières épanchées se sont consécutivement ouvert une voie par le canal digestif. La gravité de la blessure et les accidens qui l'ont accompagnée, chez le sujet de la troisième observation, rendent celle-ci non moins précieuse à recueillir.

Ces observations constateraient, s'il en était besoin, l'étroite liaison qui rattache la médecine à la chirurgie ; car c'est au traitement médical que les blessés ont dû leur guérison. Enfin, ces observations comportent d'utiles leçons pour les médecins navigateurs : les deux premières fournissent des exemples de ces terribles accidens, si fréquens à bord des vaisseaux, accidens que toute l'adresse des marins et toute la prudence des officiers, ne suffisent pas toujours pour prévenir. L'installation d'un *casse-tête*, dont malheureusement on ne peut guère user qu'en rade, eût pu sauver la vie de Ricolais, et le *linguet* de M. Béchameil rendra moins fréquens les accidens, semblables à celui dont M. de G... faillit être victime.

—

Note sur une nouvelle Grippe.

Par M. PIEDAGNEL,

Membre du Bureau central, Médecin de la Salpêtrière par intérim.

Depuis dix ou douze jours, il existe à l'hospice de la Salpêtrière une maladie qui peut être considérée comme épidémique; sa ressemblance avec la grippe qui a précédé le choléra en 1832, son intensité, le nombre des personnes qui en sont atteintes, son extension à quelques individus de la ville et dans le département de Seine-et-Oise (Arpajon, Montlhéri, etc.), lui méritent peut-être quelque attention de la part des praticiens.

A la Salpêtrière, elle a commencé à se développer chez les grandes incurables, puis dans la salle Saint-Léon, divisions les moins salubres de l'établissement. Mais bientôt tous les dortoirs ont fourni des malades, et les femmes qui étaient couchées dans l'infirmerie, ainsi que les gens de service, n'en ont pas été exempts, à tel point qu'aujourd'hui, 25 mars, il n'existe peut-être pas une malade de la division qui m'est confiée (120 lits), qui n'en soit affectée : le nombre des entrées a été jusqu'à vingt-cinq par jour; la mortalité est grande.

Cette maladie, à laquelle on donne improprement le nom de grippe, dans l'établissement, parce qu'elle commence ordinairement par de la douleur à la gorge, débute cependant quelquefois par des frissons et de la céphalalgie. Dans le premier cas, les prodrômes peuvent durer trois ou quatre jours; dans le second, les symptômes graves arrivent promptement, et j'ai vu des malades mourir en vingt-quatre heures.

On peut facilement rapporter à plusieurs grouppes les symptômes et les altérations pathologiques que présentent les malades, et quelle que soit la différence qui existe entre ces divers groupes, la même cause les produit, la même gravité les caractérise.

Premier grouppe. Angine pharyngienne et laryngée, toux, expectoration semblable à de la lavure de viande, quelquefois véritable pus, d'une odeur nauséabonde insupportable, peu de résonnance du thorax, cependant point de matité complète; respiration continuant à se faire facilement, point d'expansion pulmonaire, râle muqueux, rarement de la crépitation. — *Nécropsie.* Violente inflammation du larynx et de la trachée, des bronches et de leurs divisions; couche de pus à la surface de la muqueuse; poumons gorgés de sang, surtout à la partie postérieure et à la base; hépatisation rouge par noyaux disséminés dans la partie gorgée; hépatisation blanche, toujours par noyaux, et disséminés de même dans les précédens états des poumons; cette inflammation, à divers degrés d'intensité, n'offre pas à la déchirure du tissu les granulations de l'hépatisation franche.

Deuxième grouppe. Angine pharyngienne plus intense; vomissemens fréquens, sans douleur épigastrique; constipation. — *Nécropsie.* Rougeur plus ou moins intense de l'estomac et des intestins, soit par plaques, soit dans toute l'étendue du canal digestif; épaississement de la muqueuse, développement des glandes isolées, rarement des plaques de Peyer; mucus abondant, épais, recouvrant la surface intestinale.

Troisième grouppe. Tout-à-coup coma profond, duquel on a peine à faire revenir les malades; diminution de l'action des sens, de la sensibilité tactile, légère rougeur uniforme de la face. — *Nécropsie.* injection de l'encéphale (cette variété est promptement mortelle)

Il est encore quelques personnes qui nous ont offert un état général maladif, avec fièvre, sans qu'on puisse, par les symptômes, déterminer l'organe souffrant.

Un caractère constant, et que je ne me souviens pas d'avoir vu manquer une seule fois, c'est l'irrégularité du pouls. — *Nécropsie.* Facilité de séparer par traction les fibres charnues du cœur; injection partielle, quelquefois avec ramollissement de cet organe; ecchymoses sous-cutanées et dans le tissu cellulaire qui sépare les organes thoraciques et isole les gros vaisseaux; du sang en grande quantité, foncé, noir, parfois visqueux, et le plus souvent dépourvu de caillot, remplit ordinairement les grosses veines, le cœur, l'aorte, et les premières branches artérielles qu'elle fournit. Tels sont les principaux symptômes et les altérations les plus constantes que nous avons observés.

Ces divers grouppes peuvent se trouver isolés chez divers individus; le plus souvent ils se réunissent ou se succèdent chez le même, et alors la mort est presque certaine.

Quelques considérations sur l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement chirurgical des abcès.

Par A. VIDAL (de Cassis).

> Rien ne fait reconnaître plus promptement un esprit observateur et les lumières d'une pratique étendue, que la facilité avec laquelle on découvre les collections purulentes profondément situées. Au contraire, rien ne fait autant de tort au caractere et à la confiance d'un chirurgien, que d'avoir donné, dans ce cas, un diagnostic faux et inexact.
>
> (S. COOPER.)

DEUXIÈME ARTICLE (1).

SUITE DU DIAGNOSTIC.

Dans un précédent article, j'ai considéré l'abcès comme un organe creux. Après avoir décrit son état anatomique, j'ai suivi son évolution et montré par quels procédés l'organisme opérait l'élimination du contenu et du contenant. J'ai ensuite traité du diagnostic, j'ai insisté sur la *fluctuation* et démontré comment on pouvait la produire. Je

---

(1) *V.* tom. XVII de l'Encyclogr. des Sc. méd. J. hebd. p. 330.

reviendrai sur ce signe quand il sera question des abcès des diverses régions. Je dois m'occuper maintenant du diagnostic différentiel des collections purulentes considérées d'une manière générale.

C'est avec les anévrismes non traumatiques que les abcès sont le plus fréquemment confondus ; car dans beaucoup de points où ceux-ci se montrent il peut exister des dilatations artérielles, tandis que les autres tumeurs qui offrent quelque analogie avec les abcès sont propres à telle ou telle région ; exemple, les hernies. Je vais donc établir le diagnostic différentiel de l'abcès de l'anévrisme qu'on appelle vrai. Celui-ci forme, dans les premiers temps, une tumeur molle qui disparait en partie ou en totalité par la pression. L'abcès, au contraire, est d'autant plus consistant et moins dépressible, que son évolution est moins avancée, et il serait impossible de le faire disparaitre, même en partie, dans ses premières périodes. Dans un temps plus avancé, les deux tumeurs échangent, pour ainsi dire, leur consistance. C'est ainsi que l'abcès se ramollit pendant que l'anévrisme devient plus dur. Mais ce changement s'opère d'une manière inverse dans les deux tumeurs; car, à mesure que l'anévrisme devient ancien, sa consistance augmente, sa base semble se solidifier et l'endurcissement marche vers le centre. Le changement de consistance de l'abcès est excentrique, il commence sur le sommet même, et ce n'est que dans les derniers temps que la fluctuation peut-être perçue vers la circonférence de la tumeur. En général, l'étendue du ramollissement est en rapport avec l'ancienneté de l'abcès.

Ce qu'il faut bien apprécier, pour assurer le diagnostic, ce sont les battemens que peuvent présenter les deux espèces de tumeurs que l'on veut distinguer. L'abcès siége souvent dans les espaces triangulaires au milieu desquels se trouvent de grands troncs artériels qui deviennent parfois anévrismatiques; mais, dans l'état sain, ces vaisseaux communiquent des mouvemens aux collections purulentes qui se forment dans leur voisinage. Il faut donc distinguer la *pulsation* de la *dilatation*. Le mouvement de l'abcès n'est que communiqué, la tumeur est seulement soulevée, car l'impulsion ne lui est transmise que par un point de sa circonférence. L'anévrisme, au contraire, est mu par une force qui agit sur tous les points de sa cavité, ce qui détermine une *dilatation* de la poche anévrismale. Aussi, sur quelque point de cette tumeur que l'on applique le doigt, il est également soulevé. Pour l'abcès, je le répète, le mouvement n'étant communiqué que sur un seul point, il n'y a que la partie de la tumeur opposée à l'artère qui soulève le doigt explorateur. Il s'ensuit de là que, si les rapports de cette artère et de la poche purulente sont détruits, le choc est empêché et les battemens cessent. C'est ce qui arrive quelquefois quand on imprime un mouvement, soit à la tumeur, soit à la partie sur laquelle elle siége. Quant à l'anévrisme, les battemens sont sensibles, quelque attitude qu'on donne au membre malade et quel que soit le déplacement de la tumeur.

Le plus ou moins d'ancienneté des deux tumeurs fait varier le signe qui nous occupe ; ainsi, pour l'anévrisme, le battement, ou pour mieux dire la dilatation, sera plus marquée dans les premières périodes de la maladie ; car le sang qui remplit alors la poche anévrismale est liquide, et celle-ci est encore assez mince. Mais quand plusieurs couches de fibrine ont augmenté l'épaisseur de cette poche, quand la stratification sanguine est très-avancée, alors la dilatation est moins prononcée, elle est quelquefois nulle, et ce signe perd par conséquent de sa valeur. Par contraire, c'est dans les dernières périodes de l'abcès que les pulsations deviennent plus fortes, parce que, en se développant, il se rapproche de l'artère, la comprime et reçoit plus directement le choc du sang.

Ce problème se complique singulièrement quand il y a abcès et anévrisme en même temps, dans la même région, dans le même espace triangulaire. Alors tous les signes se combinent et s'obscurcissent mutuellement ; le praticien prend le change, et bientôt le malade devient victime d'une méprise qui n'aurait jamais lieu si les abcès des grands espaces celluleux étaient ouverts avec les précautions voulues et que nous indiquerons. De grands praticiens de tous les temps ont commis de pareilles erreurs ; en voici un exemple :

Il existait une tumeur à l'aisselle, elle était fluctuante ; elle avait été précédée de tous les signes d'une vraie inflammation phlegmoneuse, mais elle offrait des battemens, on les crut seulement communiqués : une première incision fut pratiquée, elle donna issue à du pus. Alors plus de doute sur l'existence d'un abcès ; on plonge le bistouri plus profondément, on agrandit l'ouverture ; à l'instant un flot de sang rouge, écumeux, jaillit au loin ; peu après le malade expire. M. Roux cite un cas analogue, et il a la générosité de se déclarer l'auteur de la méprise. Ces exemples pouvent de nouveau tout le soin que l'on doit apporter dans l'examen des tumeurs, et me feront peut-être pardonner les détails un peu classiques que l'on vient de lire, et ceux que je promets pour le traitement. Les autres élémens du diagnostic différentiel des abcès se puisent dans des considérations qui tiennent à l'âge du sujet, aux causes, à la marche de la maladie, à l'effet des modificateurs déjà employés ; on aura aussi égard à d'autres circonstances qu'il serait inutile d'énumérer ici.

Je vais m'occuper maintenant d'éclairer quelques points du diagnostic des abcès considérés selon les régions ; j'indiquerai surtout les procédés de *fluctuation*, modifiés selon les diverses localités.

Les abcès qui se forment sous le péricrâne sont quelquefois difficiles à reconnaitre, parce que le pus étant en petite quantité et étendu en lame, il est difficile de produire la fluctuation. Il faut alors, par des pressions ménagées, ramener le liquide sur un point limité, et, à travers l'empâtement plus ou moins considérable des tissus, on pourra percevoir l'ondulation. Il faut, autant que possible, diriger le pus sous les muscles qui s'attachent à l'aponévrose épicrânienne ; car ces plans charnus se laissent plus facilement distendre et se prêtent mieux à la formation d'une tumeur que les plans fibreux. Quand la suppuration est voisine du coronal, il faut ramener le pus sous la portion antérieure de l'épicrânien, sur ce point il sera plus facile de déterminer la fluctuation ; comme nous le dirons plus tard, c'est là aussi qu'il faudra pratiquer l'incision pour évacuer le liquide.

On reconnaît le pus formé dans l'épaisseur des paupières, en faisant fermer celles-ci ; un aide tirera sur l'angle externe, afin de tendre la peau, et le chirurgien se servira des deux doigts indicateurs pour faire mouvoir le liquide. Si l'abcès siége dans l'épaisseur des joues, un doigt introduit dans la bouche poussera la tumeur en dehors, et là la fluctuation se produira plus facilement. Souvent le liquide est plus voisin de la muqueuse que de la peau ; il faudra, dans ce cas, fixer la tumeur en dehors, et l'index introduit dans la bouche percevra le mouvement ondulatoire. Ce procédé, dont j'ai déjà parlé, est applicable au diagnostic de la suppuration des glandes sous-maxillaires et des amygdales. Pour ces dernières, le doigt porté sur la glande la comprimera brusquement, puis il cessera cette compression ; mais il n'abandonne pas l'organe, et le pus revenant vers sa surface frappera le doigt qui l'avait chassé. Il faut beaucoup d'habitude pour bien réussir dans l'exercice de ce procédé. On devra, pour plus de sûreté, fixer la glande en comprimant, avec la main gauche, sous les angles maxillaires, au point où correspondent les glandes malades. En agissant ainsi, on obéira à cette règle générale déjà posée, qui veut que la tumeur soit fixée avant qu'on cherche à déplacer le pus. Pour les glandes sous-maxillaires, on les fixe avec le doigt introduit dans la bouche, et c'est celui qui est resté en dehors qui perçoit la fluctuation.

Au cou, pour rendre la tumeur plus fixe, il faut faire porter la tête en sens opposé du siége de la tumeur : ainsi, on fléchira le cou à droite, si la tumeur est à gauche, etc.

Les tumeurs humorales de l'aisselle sont quelquefois difficiles à fixer, surtout quand le creux axillaire est profond ; ce qui arrive chez les sujets maigres. On fait toujours plus ou moins saillir la tumeur en élevant fortement le bras ; car, dans cette attitude, la tête de l'humérus tend à se porter vers la base de l'aisselle, et doit nécessairement repousser en dehors la tumeur ; en même temps, les deux cordes de l'aisselle tendent à devenir parallèles à l'humérus ; de là, moins de profondeur du creux qui loge la tumeur. Mais souvent la douleur met obstacle à ce mouvement du bras ; il faut alors qu'un aide comprime les parois antérieure et postérieure de l'aisselle, comme s'il voulait effacer l'espace qui les sépare ; le chirurgien n'a plus qu'à appliquer les doigts pour balloter le liquide. Par ce dernier procédé, on éloigne toujours un peu l'abcès des vaisseaux, tandis qu'en élevant le bras, on pousse en même temps en dehors, et les organes à respecter, et la tumeur, ce qui expose les premiers à être lésés.

Pour les abcès de la glande mammaire, on doit saisir l'organe des deux mains, disposées de manière à former une espèce de losange circonscrit par les doigts médius et les pouces ; les indicateurs restent libres dans le milieu, et ce sont eux qui se renvoient mutuellement le pus renfermé dans la tumeur. On agit de même pour les testicules, quand ils sont volumineux. Ce procédé permet à l'opérateur de fixer lui-même l'abcès, et de conserver libres les deux index, qui deviennent seulement explorateurs; comme ces doigts sont les plus sensibles, je voudrais pouvoir dire les plus intelligents, ils perçoivent les moindres nuances de la fluctuation. Si d'une main on fixe la tumeur et de l'autre on explore, on ne laisse libre qu'un index, et on ne peut exécuter que le procédé de fluctuation que j'ai indiqué pour reconnaître les abcès de la gorge, procédé dont les résultats sont bien moins sûrs.

Quand on le peut, il faut ramener le pus sur un fond solide : ainsi, dans les abcès des parois de la poitrine, on doit tendre à éloigner le liquide des espaces intercostaux qui, se laissant plus ou moins déprimer, renvoient moins bien le pus que les côtes.

Dans le service de M. le professeur Bouillaud était une femme, qui fut reçue au bureau central pour une *affection aiguë de la poitrine*. Elle avait sous le sein droit une tumeur, à base large ; la peau n'était pas rouge, et la douleur avait le caractère *pleurétique*. Plusieurs élèves et quelques docteurs cherchèrent, en vain, à constater l'existence du pus. M. Bouillaud voulut bien demander mon avis ; je procédai donc à l'examen de la tumeur. Je commençai par la saisir avec les deux pouces et les médius ; elle était à la chute même du sein, je la repoussai fortement en bas et la transportai, pour ainsi dire, sur la côte sous-jacente, afin d'avoir un point fixe. Alors je pus manœuvrer avec les deux indicateurs, et j'annonçai bientôt qu'il existait du liquide dans cette tumeur. M. le professeur me pria d'en fournir la preuve en ouvrant la tumeur, ce que je fis à l'instant ; un flot de pus bien lié vint confirmer mon diagnostic, et la malade fut soulagée presque immédiatement. Cet abcès était la cause des douleurs dites *pleurétiques*, et c'était là toute l'*affection de poitrine* pour laquelle elle avait été reçue à la Charité. Ceux qui avaient examiné l'abcès avant moi, auraient reconnu l'existence du liquide, s'ils avaient, avant tout, fixé la tumeur ; elle était plongée dans un tissu adipeux assez lâche, en la pressant alternativement avec les deux mains, on la déplaçait en totalité et on ne déplaçait pas son contenu de manière à le faire onduler. De plus, mes honorables confrères n'avaient pas songé à choisir un point fixe pour empêcher le pus de fuir en arrière. Avec ces précautions, ils auraient sans doute *deviné* tout comme moi.

Il se présente souvent des difficultés pour reconnaître le pus des bubons. Je ne parle pas de ces bubons entièrement suppurés, de ceux dont la peau est décollée, mais de ces tumeurs inguinales dont la suppuration est profonde et peu considérable. Alors le liquide entoure les ganglions lymphatiques ; en pressant sur un point, on déplace plus ou moins ces ganglions, et ce sont eux qui viennent frapper le doigt explorateur ; car le pus est en petite quantité, et n'impressionne pas assez le doigt pour être reconnu. En général, il est plus facile de diagnostiquer le pus quand le bubon est *crural* que quand il est *abdominal*, parce que dans le premier cas la tumeur est mieux soutenue en arrière et on la fixe plus facilement.

Il existe un bubon, dont on a peu parlé que je sache, et dont la suppuration doit être très-difficile à reconnaître ; c'est le bubon qui se forme dans le canal inguinal lui-même. J'avais dans mon service à l'hôpital du Midi un homme qui portait une tumeur de cette espèce ; elle était formée par l'inflammation du tissu cellulaire et des petits ganglions, qui accompagnent les faisceaux vasculaire et nerveux qui composent le cordon testiculaire. Cette inflammation est survenue à la suite d'une oschéite qui s'est terminée brusquement. La configuration et la direction de cette tumeur étaient

absolument semblables à celles d'une hernie inguinale un peu volumineuse, mais non encore descendue dans les bourses. Aussi c'est, je crois, cette espèce de bubon que l'on confondrait le plus facilement avec une descente. Pour le dire en passant, j'ai traité cette tumeur par les antiphlogistiques les plus énergiques, car je craignais la suppuration, à cause du voisinage du péritoine. Saignées générales et locales abondantes, bains entiers : ces moyens ont été employés en très-peu de temps, afin d'obtenir une prompte résolution, ce qui a eu lieu. Aujourd'hui, il reste un léger empâtement qui disparaîtra par le repos et quelques frictions mercurielles.

J'ai commis une erreur de diagnostic que je dois signaler ici; car l'aveu d'une faute me coûte peu, quand il doit être de quelque utilité. Chez les femmes, les bubons sont plus rares et souvent beaucoup plus tenaces que chez les hommes; il en est qui restent du volume d'un marron, s'endurcissent et prennent un caractère de chronicité tout-à-fait désespérant. J'avais, dans mon service, un cas analogue; la compression avait été employée sans résultat bien avantageux. Un jour, j'explore avec soin ce bubon, et je crois reconnaître la fluctuation; je conservais cependant quelques doutes, je revins à plusieurs reprises pour m'assurer du fait, et toujours mon doigt semblait m'indiquer du liquide. Plusieurs élèves se livrèrent au même examen et furent de mon avis; un seul ne le partagea point, c'est M. Boudin. Ceux qui croyaient à l'existence du liquide, convenaient que sa quantité était peu considérable. J'incise sur la tumeur, et il n'en sort pas une seule goutte de pus; mais je découvre de grandes cellules remplies d'une graisse à demi-fluide, et je reconnais à l'instant la cause de mon erreur. Je dois dire, après cet aveu, que notre méprise n'a nullement été préjudiciable à la malade; car ce bubon qui semblait ne plus avoir de fin, s'est résolu avec une grande promptitude, après l'incision. Ce n'est pas la première fois qu'une inflammation traumatique a hâté la résolution de certains engorgemens anciens qui avaient résisté à une foule de moyens.

La femme qui portait ce bubon avait eu d'abord un certain embonpoint, qu'elle avait perdu en partie pendant son séjour à l'hôpital. De plus, la compression exercée sur la tumeur a donné à la graisse un caractère de demi-fluidité, qui lui a permis le mouvement qui a simulé l'ondulation du pus.

Dans les cas d'abcès du périnée, il est quelquefois difficile de fixer la tumeur; cependant, quand elle siége vers la base de cette région, on le peut, en introduisant un doigt dans l'anus et en faisant saillir au-dehors la tumeur; mais ici encore, on ne peut employer qu'un seul index pour percevoir l'ondulation.

La suppuration de la prostate est extrêmement rare, si elle n'est pas impossible (je parle de la suppuration du parenchyme); mais le tissu cellulaire entourant le corps qui sépare les lobes, celui-là suppure assez souvent, et, à la suite de ces abcès, il survient des fistules qu'il est difficile de tarir, et des accidens graves. Pour les prévenir, on doit se hâter d'évacuer le pus; mais il faut, au préalable, constater son existence, et c'est là la grande difficulté. Quand le pus est produit par le tissu cellulaire qui unit la prostate à l'urèthre, on n'est assuré de son existence que lorsque la sonde ayant ouvert l'abcès, ou que l'ouverture s'étant opérée d'une manière spontanée, le liquide morbide s'écoule au-dehors par l'urèthre ou par la sonde. Heureusement ces abcès sont moins graves que ceux qui occupent en même temps tout le tissu cellulaire revêtant la prostate; on a, par conséquent, moins à regretter les données qui nous manquent pour établir un bon diagnostic. Mais quelquefois tout le tissu cellulaire de la prostate suppure, une ouverture a lieu d'abord dans l'urèthre, l'urine s'introduit dans le foyer de l'abcès, se mêle au produit morbide, entoure la prostate, perce son enveloppe fibreuse, passe dans l'épaisseur du périnée, frappe de mort presque toutes les parties avec lesquelles elle se trouve en contact. Si la suppuration est aussi étendue, on peut, mais non sans de grandes difficultés, constater son existence. La prostate fait alors une grande saillie dans le rectum, la membrane muqueuse de cet intestin est œdémateuse, sur tout sur le point correspondant à la glande; tous les signes physiologiques de la suppuration ont été observés. de plus, si on passe une sonde dans la vessie et un doigt dans l'anus, on peut percevoir la fluctuation. A l'aide de ce procédé, j'ai une fois porté un diagnostic qui s'est parfaitement vérifié; mais je présume que déjà une partie du liquide avait percé l'enveloppe de la prostate, et s'était accumulé dans le tissu cellulaire qui unit cette glande au rectum. Je dois noter ici qu'il n'y eut pas d'infiltration urineuse; ce qui m'autoriserait à penser que l'abcès n'avait percé que l'enveloppe fibreuse de la glande, et que la portion de l'urèthre qui traverse cette glande était restée intacte.

Il ne faudrait pas croire qu'il est toujours facile d'explorer la prostate avec le doigt introduit dans le rectum; cette glande est à une certaine distance de l'anus, et souvent on ne peut toucher tous les points qui correspondent à l'intestin. Aussi suis-je toujours porté à admirer les praticiens, qui disent très sérieusement qu'il leur est toujours facile d'explorer le bas-fond de la vessie, avec un doigt introduit dans le rectum. C'est avec la même facilité et par le même moyen qu'ils apprécient le volume et le nombre des calculs contenus dans la vessie, qu'ils repoussent ces corps vers l'hypogastre, et cela chez les adultes!!

Chez les femmes et pendant la grossesse, il se forme souvent des abcès dans les grandes et petites lèvres : il est assez facile de les reconnaître, parce qu'ils sont ordinairement volumineux. Un doigt introduit dans le vagin repousse en dehors la tumeur, la fixe en même temps, et on peut ainsi s'assurer, avec l'index de la main opposée, si elle contient du pus. D'ailleurs, les abcès qui surviennent pendant la grossesse sont moins souvent suivis de fistules et d'autres accidents, même quand ils sont ouverts par les efforts seuls de la nature. Il n'en est pas de même des abcès qui surviennent autour de la vulve pendant une blennorrhagie. Ceux-là sont très-fréquents chez les filles publiques; on les a peu étudiés, ils méritent cependant la plus sérieuse attention, car presque toujours ils sont suivis de fistules, parfois même ils occasionnent des accidents nerveux des plus graves.

Il n'entre pas dans mon sujet de faire l'histoire de ces abcès; mais je vais donner des détails qui pourront être utiles aux chirurgiens qui désireront faire des recherches sur ce sujet. C'est souvent pendant une forte blennor-

rhagie que ces abcès se développent ; quelquefois c'est au moment où la blennorrhagie vient de s'arrêter ; ordinairement il n'en existe qu'un, et son siége le plus ordinaire est dans l'épaisseur des lèvres génitales, sur le point où les petites se réunissent aux grandes. Le pus est toujours plus voisin de la muqueuse que de la peau ; aussi, par le développement de la tumeur, la vulve se trouve rétrécie. Généralement la collection est peu considérable, et quelquefois ce sont les douleurs seules qui accusent son existence. Il est même de ces abcès qui n'ont été reconnus qu'après leur ouverture spontanée ; on a vu du pus baigner les bords de la vulve, et c'est alors qu'on est allé à la recherche du foyer. Il paraîtra surprenant que du pus se forme dans des parties réputées si sensibles, sans donner lieu à des douleurs plus ou moins vives ; mais voici les explications que je crois les plus vraies :

1° A l'hôpital du Midi les filles publiques usent de tous les subterfuges possibles, pour cacher au chirurgien les abcès qui ont ce siége ; car elles savent parfaitement que le traitement en est long et difficile ; et comme le but principal de ces malades n'est pas de guérir, mais d'obtenir leur liberté, elles se gardent bien déclarer un mal qui pourrait prolonger leur séjour dans l'hospice. Ainsi le chirurgien est quelquefois trompé par les malades.

2° Quand la blennorrhagie est très-intense, les cuissons et les chaleurs qu'elle occasione masquent, pour ainsi dire, la douleur de l'abcès, sur-tout quand il est petit et qu'il siége sur un point des lèvres où le tissu cellulaire est lâche.

3° Il y a une espèce d'abcès qui est parfois indolent, c'est celui qui survient à la suite d'une collection sanguine, déterminée par un coup, ou se formant d'une manière spontanée. Le sang se transforme en pus avant le développement de l'inflammation, à peine celle-ci s'est-elle déclarée que la muqueuse est percée et que le pus sort. Je sais que tous les pathologistes n'admettent pas cette transformation du sang en pus ; je ne puis ici discuter cette question, mais je la considère comme résolue. Lamotte avait déjà apporté de forts arguments en faveur de cette doctrine, et les travaux récents sur les humeurs la confirment tous les jours. Quand le sang est évacué avant sa transformation, il ne s'ensuit point de fistule.

4° Quelquefois l'ouverture spontanée est extrêmement petite, on la cherche pendant long-temps sans pouvoir la trouver ; le stylet le plus délié de nos trousses ne peut la traverser, il semble qu'un seul follicule muqueux se soit ouvert. Parfois, le pus ne sort que par une pression assez forte, et il arrive qu'il ne s'écoule que pendant l'application du spéculum.

Des fistules succèdent fréquemment à ces sortes d'abcès ; elles n'ont souvent qu'une seule ouverture, quand l'abcès occupait la grande lèvre ; si, au contraire, son siége était vers la fourchette ou sur le point correspondant du vagin, il s'établit une communication avec le rectum. Il existe au moins un cinquième des filles publiques qui ont des infirmités de cette nature, et ce sont tout autant de dépôts de virus. Il paraît que les chirurgiens attachés à la police ne sont pas de la même opinion, car ils ne rendraient pas à la société les filles qui portent ces fistules.

J'explique la fréquence de ces infirmités : 1° par la laxité du tissu cellulaire des parties affectées ; 2° par le peu d'épaisseur des aponévroses du périnée ; 3° par le nombre considérable des ouvertures que présentent ces membranes. Comparez l'aponévrose superficielle du périnée de l'homme à celle de la femme, et il vous sera facile de concevoir la facilité avec laquelle le pus des parties génitales passe dans le rectum, tandis que la difficulté est très-grande chez l'homme. Sans cette disposition anatomique, la plupart des fistules urinaires des hommes s'ouvrirait dans le rectum ou autour de l'anus, ce qui est très-rare.

Quand la fistule n'est pas complète et que l'abcès est très petit, la nature arrive parfois à la guérison par un procédé qu'il est bon de noter pour éclairer le diagnostic des chancres. L'ouverture primitive ne se ferme pas ; mais ses bords s'émoussent sans s'épaissir, la consistance, la couleur, restent normales. Le fond du petit abcès contiendrait un pois ; il est tapisé d'une muqueuse de nouvelle formation, qui sécrète ni plus ni moins que celle de la vulve, mais elle est un peu plus rouge ; aussi, au premier aperçu, on prendrait cela pour un chancre ; mais en examinant de près, on constate une espèce de diverticulum de la vulve, une arrière-cavité, dans laquelle s'accumulent parfois des produits sébacés.

Je reviendrai sur ces collections purulentes dans un prochain article, où il sera question du traitement chirurgical des abcès en général, et de ceux-ci en particulier.

Des illusions chez les personnes hypochondriaques, mélancoliques et aliénées.

Des Moyens de traitement qu'il convient d'y opposer dans quelques cas, en recourant à une opération simulée.

Par M. MONTAULT.

Dans un Mémoire lu à l'Institut, le 1er octobre 1832, sur *les illusions chez les aliénés*, M. Esquirol a fort bien établi la différence qui existe entre les *allucinations*, qui sont des actes de l'intelligence ou du cerveau (puisqu'il est des sourds qui croient entendre), et les *illusions*, qu'on doit regarder, au contraire, comme provenant de l'état anormal des extrémités sentantes, en d'autres termes, de l'état anormal des sens, et souvent à la fois de l'état anormal du cerveau. Mon intention n'est pas de revenir ici sur ces distinctions, mais seulement de joindre quelques faits à ceux présentés par M. Esquirol dans son Mémoire, et de compléter ainsi ce qui a rapport au siège ou aux sources des illusions chez les hypochondriaques principalement. Nous nous occuperons seulement des illusions qui naissent des sensations internes. Les perturbations de la sensibilité organique qui causent les illusions, peuvent avoir lieu dans différentes cavités ou parties du corps.

§ Ier. Des illusions dues aux pertubations de la sensibilité organique de l'encéphale.

On trouve dans le Mémoire de M. Esquirol les faits suivants :

1° Une demoiselle, âgée dix-huit ans, après avoir éprouvé une douleur fixe au sommet de la tête, à la suite des événemens de 1815, se persuada qu'elle avait dans le crâne un *ver qui dévorait son cerveau*. La vue du cuivre la faisait presque défaillir. Une incision cruciale sur le point douloureux, après quoi on fit semblant d'extraire un morceau de fibrine, qui fut regardé par la malade comme l'animal lui-même qui la tourmentait; un caulère établi au centre de l'incision et maintenu pendant trois mois, dissipèrent en même temps la douleur fixe, les illusions et la crainte du cuivre. (Obs. 3 du Mém. de M. Esquirol.)

2° Une femme de la campagne entra à la Salpêtrière, se plaignant de douleurs fixes et très-aiguës au sommet de la tête, douleurs qu'elle attribuait à la présence d'un animal dans cette partie : une incision cruciale sur le point douloureux fut pratiquée, comme dans le cas qui précède; on montra à la malade un fragment de lombric de terre, l'assurant que c'était la cause de ses maux; elle exprima alors à ses compagnes sa joie d'être guérie; mais celles-ci s'étant moquées d'elle, elle arracha aussitôt le cautère qui avait été établi, les douleurs anciennes se réveillèrent et avec elles les illusions. (Obs. 4.)

3° Une dame, âgée de trente ans, devenue hypochondriaque après de profonds chagrins, se persuada que son cerveau était *pétrifié*, plus tard, qu'il était *liquéfié* et qu'il *coulait* comme un *torrent*. (Obs. 6.)

§ II. Illusions provenant des pertubations de la sensibilité organique des parties contenues dans la cavité abdominale.

Je citerai, comme se rapportant à ce paragraphe, les exemples suivants :

1° Ambroise Paré raconte qu'il guérit un hypochondriaque, qui croyait avoir des grenouilles dans l'estomac, en lui faisant prendre un purgatif et en introduisant furtivement de petites grenouilles dans le vase qui devait recevoir les matières rejetées. (Obs. 7 du Mém. de M. Esquirol.)

2° M. Esquirol a fait, à la Salpêtrière, l'ouverture du corps d'une femme *lypémaniaque*, laquelle disait avoir un animal dans l'estomac : elle avait un cancer de ce viscère. (Obs. 7.)

3° Il existait, en 1832, à la Salpêtrière, une femme qui éprouvait, depuis un grand nombre d'années, des douleurs abdominales; elle assurait avoir dans le ventre *tout un régiment*, et sentir les coups que se portaient les militaires en se battant. (Obs. 8.)

4° Une femme, âgée de cinquante-sept ans, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, très-dévote, d'une physionomie qui avait quelque chose de mystique, surnommée à la Salpêtrière la *Mère de l'église*, parce qu'elle parlait sans cesse de sujets religieux, croyait avoir dans son ventre tous les personnages du nouveau *Testament*, quelquefois même ceux de la *Bible*. Elle croyait aussi que *les papes tenaient conseil* dans son ventre. Rien n'avait pu dissiper des illusions aussi bizarres. A l'ouverture du cadavre de cette femme, on trouva tous les intestins réunis en une seule masse, par une péritonite chironique, adhérant très-fortement entre eux par leur tunique péritonéale. (Obs. 9.)

5° La même altération, quoique l'adhérence fût moins forte et non générale, fut constatée chez une démono-maniaque, qui croyait avoir dans le ventre plusieurs diables qui la déchiraient et la portaient sans cesse à se détruire. Sa peau, privée de toute sensibilité, pouvait être traversée avec de grosses épingles, sans manifester la moindre douleur; aussi cette lypémaniaque croyait-elle que sa peau avait été changée en celle du diable. (Obs. 10.)

6° La nommée C.., âgée de quarante ans, sans état, d'une forte constitution et d'un tempérament bilioso-nerveux, mariée, a eu plusieurs enfants, dont deux sont voués à l'état ecclésiastique; l'état de sa fortune parait être détérioré, mais seulement, dit-elle, depuis les dépenses qu'a occasionnées sa maladie; elle n'accuse aucune cause de chagrin de la part de sa famille; mais elle avoue avoir éprouvé des contrariétés d'amour dans sa jeunesse : du reste, elle manifeste des sentimens religieux très-prononcés. Elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'en 1826; époque à laquelle l'écrasement, par une voiture, d'une petite fille de sept ans, qui venait journellement dans sa maison, fut pour cette femme un spectacle effrayant et une cause de chagrins profonds; des syncopes souvent répétées, des palpitations, une hémoptisie même, se déclarèrent à la suite de cet accidents; à ces premiers symptômes, qui redoublèrent surtout quand il fallut qu'elle déposât dans cette affaire, s'en joignirent d'autres beaucoup plus graves : vomissemens, convulsions, appétit extraordinaire, grincemens de dents, douleur atroce dans l'hypochondre gauche; sensation d'un corps vivant qui s'agite dans l'estomac, et semble remonter vers la gorge; dès lors elle demeura persuadée qu'elle était en proie à un animal qui lui *dévorait les intestins*, et que cet animal était le *ver solitaire*. Du reste, elle n'a jamais rien rendu qui eut quelque ressemblance avec un tœnia, si ce n'est deux jours après l'ingestion d'une verrée d'essence de térébenthine, une aune et demie d'un corps plat, de couleur noirâtre, beaucoup plus large qu'un ver solitaire ordinaire : ce n'était point, dit-elle, celui qui la tourmentait : aussi n'en fit-elle part à personne. Cependant un rassemblement de commères se fit dans la ville de Noyon, lieu de ses naissance et domicile, et d'après l'avis de l'aubergiste de l'endroit, dame sans doute en grande renommée, on avisa un moyen qui fut unanimement adopté : il s'agissait de prendre un pigeon tout en vie, de lui arracher le cœur, d'attacher celui-ci à l'extrémité d'un long fil de soie, et de le faire avaler tout palpitant à la malade, dans l'espérance que l'animal, qui devait être très-vorace, s'emparât avidement de cette proie, et pût être ensuite facilement amené au-dehors; et de suite on procéda à cette opération d'un genre tout nouveau : mais hélas! on n'en avait pas prévu toutes les suites : qui se serait imaginé, en effet, avoir affaire à un ennemi si rusé, armé de dents si longues qu'il coupa le fil tout juste au-dessus de l'appât qu'on

lui destinait? L'admiration fut grande, et bien qu'on eût proposé de réintroduire le fil de soie, en ayant soin d'y attacher un petit crochet pour essayer de retirer le tout, cette motion n'eut pas de suite. Cependant, les symptômes se montraient toujours aussi inquiétans; ils revenaient surtout par accès, ce qui faisait souvent dire aux voisines de la femme C..: *qu'elle perdrait la tête, qu'elle deviendrait folle...* Depuis ce moment, elle cessa de faire cause commune avec les médisans, et résolut de recourir aux lumières des médecins : elle en consulta un très-grand nombre (1). D'abord, les médecins de son pays, MM. Richard, Colson et Grenier, qui s'accordèrent pour regarder la malade comme atteinte de mal imaginaire. M. Barillé de Nelle jura, dit-elle, qu'elle avait le ver solitaire : toutefois, d'après l'autorité des médecins qui précèdent, il n'entreprit rien; M. Maric, de Compiégne, eut la même opinion, et conseilla de faire le voyage de Paris, parce qu'il fallait qu'elle prît du *poison :* arrivée dans la capitale, elle alla demander consultation à M. Dupuytren, qui aurait prescrit l'usage du jalap, de l'écorce de grenadier et du mercure doux; mais le mari, qui accompagait sa femme, s'opposa à l'emploi de pareils remèdes et déchira la consultation, en disant que le mercure doux était fait pour les *libertines...* Elle prit douze fois le remède de M. Darbond, sans pouvoir rendre un seul anneau de tœnia; MM. Dubois et Boyer auraient hésité à se prononcer sur la nature de l'affection. Reçue à l'Hôtel-Dieu, elle resta deux mois dans le service de M. Récamier, qui n'aurait administré aucun remède; elle passa quinze jours à Cochin, où l'on ne fit rien, deux mois environ dans les salles de M. Cayol, qui fut incrédule; elle est restée deux mois sous M. Biett, qui lui fit administrer sans aucune espèce de succès la racine fraîche de grenadier; enfin, c'est après cette espèce de promenade médicale, qu'elle a été de nouveau reçue à l'hôpital Saint-Louis, le 29 novembre 1828, dans les salles de M. Manry. Voici l'état dans lequel elle se présenta à notre observation : taille plus qu'ordinaire, constitution athlétique, peau sèche et terreuse, traits réguliers, yeux fixes et largement ouverts, facies exprimant l'inquiétude et la souffrance morale, appareil sensitif exalté, fonctions intellectuelles en bon état, si ce n'est quand il est question de sa maladie : à cet égard, elle exprime les idées les plus singulières : elle s'imagine être dans le plus grand danger, en proie à un animal qui s'agite, se roule, dans la région hypochondriaque et le flanc gauche, et qui occasionne des douleurs jusque dans le *côté gauche de la tête;* elle croit tantôt que c'est un *tænia,* tantôt que c'est un ver *hérissé de poils;* aujourd'hui elle est travaillée par une *couleuvre;* hier c'étaient des *sangsues,* qu'elle aurait avalées autrefois en mangeant du cresson, qu'elle ne prenait point la précaution de laver; demain ce sera peut-être un *crapaud?* Une faim canine, des borborygmes, que la malade regarde comme le résultat de mouvemens de l'animal qui la suit partout, une constipation habituelle, sont les principaux phénomènes fournis par l'appareil digestif; pouls tantôt vif et fréquent, tantôt lent et insensible, suivant l'état de paroxysme ou de rémission; aversion pour l'exercice, recherche de la solitude; suspension du sang des règles. Le commémoratif, l'état actuel de cette singulière maladie, ses symptômes insolites, ne permirent pas un instant à M. Manry de douter que l'imagination ne fût ici exclusivement malade; aussi, dans le commencement, ne fit-il pas grande attention à la malade : toutefois, se souvenant de succès qu'il avait obtenu quelques années auparavant, sur un individu qui croyait avoir un serpent dans l'estomac, il résolut de recourir au même moyen : en conséquence, après avoir toutefois, pour gagner du temps et s'assurer qu'il n'y avait point de tœnia, fait prendre l'infusion de mousse de Corse et la décoction d'écorce de racine de grenadier, il se décida à avoir recours à une médication tout-à-fait rationnelle et appropriée à un pareil état : il lui fut facile de confirmer la malade dans l'idée qu'elle portait dans l'estomac un animal plein de vie, et qu'il n'y a pas d'autre ressource que d'ouvrir la cavité abdominale pour l'en retirer tout vivant : le mal était imaginaire, il fallait donc une opération factice. M. Manry se proposa de faire sur la région épigastrique une ouverture, semblable à celle que nécessite le séton, d'y faire passer ensuite le prétendu être malfaisant, et de le donner à tirer à la malade elle-même, comme si le ventre était réellement ouvert; mais il s'agissait de décider de quel ennemi on allait délivrer la malade : on persuade sans peine à celle-ci que des signes particuliers avaient fait reconnaître qu'on avait affaire à une *couleuvre,* qui fut l'animal choisi de préférence à tout autre, d'abord parce qu'il était le plus facile à trouver, ensuite parce qu'il prêtait davantage à la supercherie. Le lundi 8 décembre, on annonça à la malade qu'elle serait opérée le lundi suivant 15, et on eut toutes les peines du monde à lui faire différer l'opération, à laquelle on la prépara par une diète modérée, deux purgations ordinaires, et des potions calmantes : l'avant-veille et la veille de ce jour, à la fois si redoutable et si désiré, furent consacrées à remplir ses derniers devoirs de chrétienne, tant elle était frappée de sa gravité!

Le 15 décembre, à neuf heures et demie du matin, M. Manry pratiqua l'opération devant M. le docteur Mélier et une foule de curieux : on avait fait un grand étalage, tous les assistans devaient conserver le plus grand sangfroid (ce qui n'était pas chose facile); depuis quelques jours on avait séquestré la malade, les rideaux de son lit étaient hermétiquement fermés; enfin j'apportai, sur deux larges plats, un très-grand nombre d'instrumens de diverses sortes, puis le linge et les pièces nécessaires pour maintenir l'appareil (j'étais alors interne dans le service de M. Manry). On fit, sur la région épigastrique, un large pli, dont on traversa la base avec un bistouri, comme pour passer une mèche à séton; la tête (couverte d'un linge fin) d'une couleuvre d'une demi-aune de longueur, fut alors passée à travers l'une des ouvertures, de façon à sortir par l'autre; et la malade, qui ne s'aperçut nullement de la supercherie tira elle-même par la tête l'animal *vivant,* dont on recouvrait le corps avec la main du côté opposé.

Cette manœuvre ne produisit pas sur la malade toute l'im-

(1) Nous nous faisons un scrupule, précisément à cause de la maladie qui fait le sujet de cette observation, et sans nous rendre autrement responsable de tous ces détails, de citer les noms de tous les médecins honorables auxquels la malade se serait adressée; c'est tenir compte, en un mot, de toutes les circonstances dont elle nous a fait part. (M.)

pression qu'on en attendait, parce que la femme C.... manifesta la crainte qu'il n'y eût encore dans son ventre un autre animal, *tænia* ou *couleuvre*. Les jours suivans cette crainte se confirma : la malade croit toujours sentir remuer quelque chose dans la cavité abdominale ; elle croit avoir un tænia de deux cents aunes de longueur ; on est obligé de rouvrir une des plaies faites à l'épigastre, pour avoir l'air de vouloir procéder à de nouvelles recherches. On administra des calmans et des purgatifs. La malade sortit le 31 décembre 1828, pour retourner dans son pays : elle était un peu tranquillisée, mais non pas complétement guérie. Depuis cette époque nous n'en avons eu aucune nouvelle.

Comme je viens de le dire, la gastrotomie *simulée* ne produisit pas tout l'effet désirable : cette opération eut, au contraire, un succès complet dans le cas suivant : (1)

Un jeune homme de la campagne, occupé aux travaux des champs, se persuade qu'il a avalé un petit *serpent* en buvant un verre d'eau bourbeuse. Depuis cinq ans que cet accident lui est arrivé, l'animal a pris un *volume énorme*. Toujours en mouvement, il parcourt le ventre, monte dans la poitrine et s'élève parfois jusques à l'œil gauche... Puis il descend tout-à-coup, par des contours nombreux et *en sifflant*, dans la région inférieure ; ou bien il vient tourmenter le cœur ou s'enlacer autour de l'estomac... Pour le contenir, le malade dit qu'il est parfois obligé de saisir et de presser *un de ses anneaux* à travers les parois du ventre. Il a vainement essayé de lui donner la mort, au moyen d'une grosse aiguille enfoncée profondément ; mais la pointe glisse sur la peau écailleuse et cornée de l'animal, qui n'en est que plus irrité... Il voudrait l'étouffer par la pression, mais une gaine incompressible le préserve de toute atteinte. L'animal devient surtout importun quand la faim le presse... Les assistans doivent entendre ses sifflemens et le froissement de ses écailles.

Le malade, plein de sens et de raison, ne délire que sur ce seul point, et parle de la cause prétendue de ses souffrances avec la plus entière conviction. Aussi M. Manry (2), sachant qu'on avait fait sans succès plusieurs tentatives, se garda-t-il de le contredire en rien ; le malade disait lui-même qu'il n'y avait qu'un seul moyen de le guérir : c'était de faire une opération, et il la réclamait avec beaucoup d'instance, quelle que douloureuse qu'elle dût être. Elle fut pratiquée de la manière indiquée dans la précédente observation, c'est-à-dire qu'on simula l'extraction du ventre d'une forte couleuvre vivante.

Il faut avoir été témoin de la joie de ce malheureux, pour s'en faire une idée. Le lendemain il trouva son ventre étonnamment affaissé... Les sensations si incommodes, les sifflemens effrayans qui le poursuivaient depuis cinq ans, avaient disparu. La guérison fut complète en peu de jours, et depuis elle s'est maintenue. Une circonstance faillit un instant la compromettre : le malade craignait que le serpent n'eût laissé *des œufs*... On le rassura en lui disant que c'était un mâle. Ce jeune homme se rendit dans son pays, où il raconta le succès merveilleux de la grande opération qu'il avait supportée. Cette narration extraordinaire ne manqua pas de trouver des *admirateurs* d'abord, puis des *incrédules* : aussi le maire de l'endroit crut-il devoir faire prendre des renseignemens, qui lui furent donnés d'une manière affirmative par M. Bailly, alors agent de surveillance de l'hôpital Saint-Louis.

§ III. Illusions qui tiennent à la perturbation de la sensibilité des organes de la génération.

Les femmes monomaniaques érotiques sont quelquefois portées à se mutiler ; elles éprouvent tous les phénomènes de l'union des sexes, se croient dans les bras d'un amant ou d'un ravisseur ; il en est qui sont persuadées que le diable, des serpens ou des animaux, s'introduisent dans leur corps par les organes extérieurs de la reproduction. (Esquirol, *loc. cit.*, Obs. 10.)

Un confrère digne de foi me parlait dernièrement d'une dame âgée, qui croit avoir dans la matrice une tumeur pleine d'eau, d'où ce liquide se répand dans toutes les parties de son corps, comme d'une fontaine. Ce médecin était sur le point de pratiquer une opération appropriée à la nature de la maladie, lorsque, pour d'autres circonstances, cette personne fut conduite à la Salpêtrière, comme aliénée.

La malade qui fait le sujet de l'Observation sixième (§ II), éprouvait des symptômes hystériques, tels que la sensation d'une boule qui remonte de l'utérus, occasionne des douleurs, des constrictions, des déchirements à l'estomac et à la gorge ; mais en outre, lors de son premier séjour à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. Biett, elle s'était introduit plus de *douze fois*, in vulvâ, *des morceaux de veau qu'elle n'a jamais pu retrouver*... Le jour même où la malade me rendait confident de ces détails, elle me priait d'y introduire encore (in vulvâ) *trois cœurs de pigeons empoisonnés ou pourris*....

§ IV. Illusions par perturbation de la sensibilité des membres.

Un général de division, âgé de cinquante et quelques années, qui avait contracté des rhumatismes pendant la guerre, fut pris de manie avec fureur, à la suite d'une affection morale vive. Quelquefois les douleurs se portaient sur un genou : alors le malade saisissait avec une main la partie douloureuse, et avec l'autre main, fermée, il frappait à grands coups son genou, en répétant : *Ah ! scélérat ! tu ne t'en iras pas !*... Il croyait avoir un voleur dans le genou. (Esquirol, Obs. 5.)

Un étudiant en médecine, âgé de vingt ans, pris de manie par la présence de vers dans les intestins, croyait qu'on lui enfonçait *des dards* à la paume des mains et à la plante des pieds. Ces symptômes cessèrent après l'expulsion des vers. (Esquirol, Obs. 2.)

Un monomaniaque, âgé de trente ans, était persuadé que

---

(1) Je dois à l'obligeance de M. Mélier la connaissance de ce fait, dont quelques Journaux ont rendu dans le temps incomplétement compte.

(2) Ce cas s'est présenté dans son service à l'hôpital Saint-Louis.

toutes les nuits on le conduisait dans les souterrains de l'Opera, et que là on lui enlevait tantôt une *cuisse*, tantôt un *bras;* et que les auteurs du crime étaient des scélérats, des magnétiseurs, des francs-maçons, qui avaient le secret de raccommoder les membres sans qu'il y parût. (Esquirol, Obs. 12.)

Considérations sur l'orchite blennorrhagique et son traitement;

Par J. C. SABATIER.

S'il est peu de questions thérapeutiques nouvelles, il en est peu encore qui soient complétement épuisées, et sur lesquelles tout le monde soit d'accord. Il n'appartient qu'à l'observation progressive de les juger, sinon en dernier ressort au moins de fournir, de jour en jour, de nouveaux éléments pour arriver plus tard à une solution précise, et à des conclusions que chacun soit forcé d'admettre. Nous croyons, d'après cette idée, pouvoir consigner ici ce que l'observation nous a fait remarquer au sujet de l'orchite blennorrhagique, autrement dite chaude-pisse tombée dans les bourses.

Cette maladie se rencontre d'abord bien plus fréquemment parmi les hommes de la classe ouvrière, que chez ceux qui appartiennent aux classes aisées de la société. Non que chez ces derniers la blennorrhagie soit moins fréquente, mais parce qu'ils se soignent mieux; car, presque toujours, c'est au défaut de soins et de précautions que peut-être rapporté l'engorgement du testicule pendant le cours d'une blennorrhagie.

Il est à remarquer encore, que c'est presque toujours aussi lorsque l'inflammation de la muqueuse uréthrale est dissipée, ou notablement diminuée, que l'engorgement du testicule est le plus à craindre; car, en général, tant que la blennorrhagie est à l'état aigu, le testicule ne s'engorge point, quelque négligence qu'apportent d'ailleurs les malades relativement aux précautions à prendre, et quelque violents que soient les exercices auxquels ils se livrent. Nous avons vu des malades ayant un écoulement récent accompagné de symptômes inflammatoires très-douloureux, marcher, courir, monter à cheval, sans le moindre inconvénient: et, plus tard, lorsque ces symptômes étaient dissipés, l'écoulement moins virulent, l'émission des urines faciles, les érections nulles, être pris brusquement d'engorgement du testicule, sans l'avoir provoqué par aucune imprudence pareille à celles dont nous parlions tout-à-l'heure. L'usage du suspensoir, l'absence de toute excitation directe, de tout exercice trop violent, deviennent donc plus importans vers le déclin qu'au début de la blennorrhagie.

Une des causes qui prédisposent encore aux engorgemens du testicule, lorsque les symptômes inflammatoires sont calmés, ce sont les désirs vénériens violents et non satisfaits, ainsi que les érections plus ou moins prolongées qu'ils déterminent. Les érections qui accompagnent l'état aigu, et qui en constituent un des symptômes, n'ont pas cet inconvénient.

L'invasion de l'orchite blennorrhagique s'annonce ordinairement un ou deux jours à l'avance, par quelques douleurs faibles et passagères ressenties dans le testicule qui doit s'engorger, car bien rarement les deux sont pris en même temps. En général, les malades négligent cet avertissement salutaire, et continuent de vaquer à leurs occupations. Il serait alors bien facile de prévenir la maladie, par le repos complet, et au besoin une saignée du bras.

Lorsque l'orchite se déclare, l'engorgement du testicule est brusque et rapide. En peu d'heures, il double souvent de volume; en un jour ou deux, il devient parfois énorme. Surtout si les malades ont, malgré les vives douleurs qu'ils ressentent, continué de marcher.

La suppression de l'écoulement n'est pas toujours complète, au moment où le testicule s'engorge. Il persiste souvent encore 24, 36, 48 heures après, puis il se supprime. Il est même des malades chez lesquels il n'est jamais complétement supprimé, mais c'est, il est vrai, le plus petit nombre. Cette circonstance doit conduire à faire reconnaître que la suppression de l'écoulement est plutôt effet que cause de la maladie, et qu'en général, on doit attacher moins d'importance, qu'on ne l'a fait souvent, à rappeler la sécrétion morbide à la surface de la muqueuse de l'urèthre; car cette sécrétion se rétablit d'elle-même, alors que l'inflammation du testicule a diminué, ou bien si elle était déjà auparavant arrivée presque à son déclin, elle ne reparaît plus. Il convient donc de s'abstenir d'injections irritantes faites dans le canal de l'urèthre, avec l'ammoniaque étendue d'eau; comme aussi d'y introduire des bougies chargées de pus blennorrhagique. Ces moyens sont loin d'être toujours innocents, le dernier surtout; car il ne serait pas impossible qu'on donnât ainsi la vérole à un individu qui n'avait qu'une chaude-pisse simple. Pour nous, en effet, toutes les blennorrhagies, même celles qu'un engorgement du testicule vient compliquer, ne sont pas syphilitiques. Tout au plus pourrait-on chercher à rappeler artificiellement l'écoulement, si tous les moyens rationnels ayant été employés avec persévérance, l'engorgement et la douleur persistaient; or, c'est ce qui n'arrivera que bien rarement, on pourrait presque dire, jamais, si le traitement antiphlogistique a été franchement adopté. Mais, nous le répétons, au début, et pendant le cours ordinaire de la maladie, on doit s'abstenir de ces moyens.

L'orchite blennorrhagique ne s'accompagne pas toujours d'un mouvement fébrile très-marqué, même lorsqu'elle donne lieu à d'assez vives douleurs, et que le gonflement du testicule est porté à un assez haut degré; mais on trouve alors le pouls plus élevé, plus plein et plus résistant. Lorsque la maladie est abandonnée à elle-même, ou qu'on s'est contenté d'appliquer un petit nombre de sangsues, l'irritation, occasionnée dans ce dernier cas par les piqûres, peut éveiller une réaction fébrile. En général, c'est après deux ou trois jours que cette réaction est plus manifeste, lorsqu'elle a lieu.

La saignée générale est, sans contredit, le meilleur moyen à employer en pareille circonstance, non-seulement lorsque les accidents inflammatoires locaux et généraux sont in-

tenses ; mais même lorsqu'ils n'existent pas à un très-haut degré, nous préférons encore, dans ce cas, la saignée générale aux sangsues. Qu'on les applique sur le trajet du cordon, ou immédiatement sur le scrotum, celles-ci, quelqu'abondante que soit la soustraction sanguine qu'elles opèrent, ne soulagent jamais aussi promptement que la saignée. Cette raison suffirait à elle seule pour lui faire accorder la préférence ; mais elle la doit encore aux inconvénients qu'entraîne souvent l'application des sangsues, et dont les principaux, en cette circonstance, sont : 1° de ne pas toujours soulager ; 2° de faire augmenter le gonflement ; 3° de déterminer des indurations sur le point du scrotum où elles ont mordu ; 4° d'exciter, pendant plusieurs jours, de vives démangeaisons ; 5° de retarder même la résolution de l'engorgement (1). Il est vrai que cela n'arrive pas toujours, et qu'en réiterant l'application des sangsues, on peut parvenir à dompter l'inflammation ; mais la saignée générale fait obtenir ce résultat, sans présenter aucun de ces désavantages ; elle opère plus promptement, elle fatigue moins le malade, elle doit donc être préférée exclusivement, toutes les fois qu'elle est praticable. Or, comme on a toujours, ou presque toujours, affaire en pareils cas à des sujets jeunes et vigoureux, cette opération rencontre bien rarement une contre-indication.

A l'appui de cette opinion, nous citerons ici deux faits pris parmi nos observations, et qui prouvent combien est grande dans cette affection l'influence de la saignée, comparée à celle des sangsues.

M. *** avait contracté une blennorrhagie, qui, après avoir donné lieu à des symptômes inflammatoires très intenses, combattus par les bains et les boissons rafraîchissantes, passa peu à peu à l'état chronique. L'écoulement était encore assez abondant, mais le malade n'éprouvait plus de douleurs en urinant, et négligeait de porter un suspensoir. Le 5 décembre 1833, après avoir marché toute la journée, M. *** ressentit dans le testicule gauche une douleur dont à différents intervalles il avait éprouvé quelques atteintes passagères les deux jours précédents. Cette douleur augmenta rapidement, au point de rendre la marche et la station impossibles. En même temps, le testicule se gonfla, et la peau du scrotum devint rouge et rénitente. Deux heures à peine écoulées depuis l'invasion de ces accidents, seize sangsues furent appliquées sur le trajet du cordon. Elles saignèrent abondamment. Le lendemain 6, le testicule n'avait pas diminué de volume, quelques sangsues avaient mordu sur le scrotum dont la tension était extrême de ce côté. Le 8, une seconde application de seize sangsues fut faite. On joignit à ce moyen des cataplasmes ; des bains de siége prolongés. La douleur diminua, mais l'engorgement du testicule resta le même. Alors on essaya des frictions mercurielles sur la partie interne de la cuisse, et une fumigation avec l'eau de sureau vinaigrée. Ces moyens, employés prématurément d'ailleurs, rappelèrent une vive douleur, l'engorgement du testicule devint plus considérable que jamais ; la fièvre, qui jusqu'alors avait été nulle, s'alluma, et le malade ne pouvait faire un mouvement sans augmenter les douleurs, qui étaient lancinantes et continues. L'écoulement avait complétement cessé. Une bougie fut introduite dans le canal, elle ne put être long-temps supportée, et les douleurs s'exaspérèrent. On pratiqua alors une forte saignée du bras, le soulagement fut immédiat. Le soir, le sang était couenneux, le pouls moins fréquent, mais encore raide. Seconde saignée, qui fut suivie, le lendemain, de la disparition complète des douleurs. Le deuxième jour, à compter de la première saignée, la résolution était opérée de plus de moitié déjà, et le malade put bientôt vaquer à ses affaires. Le testicule fut plus de deux mois avant d'être complétement revenu au même volume que l'autre. On n'appliqua aucun emplâtre résolutif, et l'on se contenta de quelques bains, et de l'usage d'un taffetas gommé enveloppant les bourses et maintenu par le suspensoir.

II. Un garçon limonadier, âgé de dix-sept ans, contracta une blennorrhagie, dans le mois de décembre dernier. Le malade continua de se livrer à ses occupations, et négligea l'usage d'un suspensoir. Il but force tisane nitrée. Au bout de dix jours, les symptômes inflammatoires étaient dissipés. Ce fut alors que le testicule droit commença à devenir douloureux ; bientôt il se gonfla rapidement, et acquit à peu près le triple de son volume naturel. Pendant dix jours, à compter de celui où l'orchite débuta, le malade continua son service en éprouvant de vives douleurs, qu'il cherchait à dissimuler. Enfin, ne pouvant y tenir, il se rendit à l'hôpital de la Charité, le 15 janvier 1834. 16 Le scrotum est rouge, tendu et luisant ; le testicule très gonflé, dur, pesant, très douloureux à la moindre pression ; l'écoulement a cessé. Le malade a beaucoup souffert la nuit précédente. Pouls plein, résistant, sans accélération bien notable. (Saignée du bras de trois palettes ; catapl. ; lin. émulsionné ; lavem. ; bain de siége.) 17 Un soulagement immédiat a suivi la saignée ; le testicule est beaucoup moins sensible à la pression ; le sang offre un caillot retroussé, couvert d'une couenne épaisse. (Deuxième saignée, mêmes moyens accessoires.) 18 La saignée n'a été pratiquée que ce matin. Le malade atteste de nouveau le soulagement qu'il en a ressenti. Le testicule a déjà diminué de volume ; cette diminution est bien plus notable le 19. On peut alors presser impunément sur cet organe ; l'épididyme lui-même est moins dur et moins engorgé. Le 21, le testicule a presque repris son volume ordinaire ; la peau du scrotum est souple, molle et ridée. L'écoulement, qui a reparu, consiste dans un suintement blanchâtre très-peu abondant. Le malade maintenant en état de marcher, quitte l'hôpital le seizième jour de l'invasion de l'orchite, et le sixième du traitement.

Ces faits et beaucoup d'autres du même genre, prouvent irrévocablement ici les avantages directs de la saignée générale. Les autres moyens ne sont que des accessoires plus ou moins utiles, qu'il est bon toutefois de ne pas négliger : tels sont les cataplasmes émolliens, les bains et les bains de siége, les lavemens, les boissons délayantes. Le repos absolu est une condition indispensable au prompt succès du traitement ; et pour peu qu'il y ait de constipation, un purgatif sera toujours administré avec avantage.

---

(1) L'auteur pourrait ajouter, 6° de déterminer les ulcérations quelquefois très-rebelles, car chaque piqûre peut se transformer en chancre. A. V.

Les frictions mercurielles, recommandées et employées par plusieurs praticiens, ont-elles une véritable utilité, et trouvent-elles une indication positive dans ces cas ? Nous croyons qu'il convient de s'en abstenir ; car, si c'est à titre de résolutif qu'on les emploie, l'expérience prouve que les saignées au début, le repos, les émolliens et quelques dérivatifs, font obtenir une prompte résolution, sans avoir recours à ce moyen ; si c'est en outre, l'action spécifique du mercure qu'on veut appliquer au traitement de la maladie, il faudrait être en état de pouvoir décider, *à priori*, si cette maladie est de nature vénérienne ; et si le mercure en serait le remède spécifique. Or, comme rien ne prouve, sur-le-champ, qu'après un écoulement on verra, plus tard, des symptômes consécutifs apparaître, et que le testicule engorgé à la suite de la suppression d'une chaude-pisse, diffère du testicule vénérien proprement dit, cas dans lequel les frictions mercurielles opèrent souvent une résolution merveilleusement rapide ; on peut, dans l'espèce qui nous occupe, négliger les frictions mercurielles, non-seulement pendant la période aiguë à laquelle correspondent les moyens antiphlogistiques directs, mais aussi pendant le temps toujours nécessairement un peu long que met le testicule à revenir à son volume primitif, quelque traitement qu'on fasse après que l'inflammation est combattue. Nous substituons aux frictions et à l'emplâtre de Vigo, employés fréquemment dans la seconde période de l'orchite blennorrhagique, un simple morceau de taffetas gommé entourant les bourses, et maintenu par un suspensoir embrassant et soutenant exactement les parties qu'il recouvre : l'usage des bains tièdes, et le soin d'éviter un exercice trop fatigant, sont les seules précautions à recommander aux malades. Le coït dont on use modérément n'offre, en général, alors aucun inconvénient. Loin de là, nous avons vu plusieurs individus chez lesquels, après l'accomplissement de cet acte, le dégorgement complet du testicule acheva de s'opérer peut-être plus promptement que s'ils s'en fussent abstenus.

Telles sont les réflexions que nous avions à présenter au lecteur. Lorsqu'après la diminution de l'engorgement du testicule l'écoulement reparait, il vaut mieux chercher à le guérir le plus promptement possible que de l'abandonner à lui-même, dans l'espoir qu'en le laissant subsister, on obtiendra plus facilement la résolution complète de l'engorgement. Cette sécrétion morbide n'a, en effet, aucune influence pour amener ce résultat ; mais, au contraire, sa persistance et le défaut des précautions que la plupart des malades sont si disposés à négliger, exposent l'autre testicule aux mêmes accidens qu'a éprouvés son congénère. Il vaut donc mieux arrêter et guérir l'écoulement le plus promptement possible, et le copahu est encore dans cette occasion un des meilleurs moyens à employer. L'expérience prouve qu'on peut l'administrer avec avantage, non-seulement vers le déclin, mais aussi dès les premiers jours d'une blennorrhagie, alors même que l'urèthre est devenu le siége d'une vive irritation, et que les malades éprouvent une ardeur très douloureuse en urinant. Nous sommes, en effet, d'avis qu'il est inutile d'attendre pour guérir une blennorrhagie qu'elle ait duré trois semaines ou un mois. Elle est alors parfois plus rebelle à combattre ; et il y aurait moins de chaude-pisses tombées dans les bourses, si la blennorrhagie était combattue plus tôt. Ce serait peut-être ici l'occasion de dire quelques mots sur l'administration du copahu ; mais cette question se trouvant en dehors du sujet de cet article, nous nous bornerons aux considérations que nous venons de présenter.

Observation sur un cas de rhumatisme articulaire aigu.

Par M. A. RACIBORSKI.

Françoise Vilette, âgée de vingt-sept ans, n'ayant jamais eu d'enfans, cuisinière, est venue, le 12 mars 1834, à l'hôpital de la Charité, où elle était couchée au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine. Ses parens n'ont jamais eu de rhumatismes. A l'âge de six semaines, elle a eu la petite vérole, dont elle porte des marques sur la figure, sa constitution est forte. Depuis l'âge de dix-huit ans, époque de la première menstruation, les règles viennent toujours très-abondantes et régulièrement. Elle reste à Paris depuis quatre mois, et habite une maison humide. Son état l'expose souvent aux vicissitudes de la température ; souvent elle est obligée de descendre dans la cave, après s'être échauffée auprès du feu de la cuisine. Il y a cinq jours qu'elle a commencé à éprouver de légères douleurs dans la région lombaire, lesquelles se sont continuées les deux jours suivants. Le surlendemain, elle a commencé à éprouver beaucoup de gêne dans les genoux ; mais les bras saisissaient encore bien les objets de la cuisine. Du reste, elle n'éprouvait point de chaleur, point de frisson, pas de céphalalgie.

Les douleurs des membres inférieurs augmentèrent dans la journée, et la malade, n'ayant pu continuer ses occupations, fut obligée de se mettre au lit. Le soir, on envoya chercher un médecin, qui lui fit une large saignée du bras, et ordonna, pour tisane, une décoction d'orge miellée. Le quatrième jour, la malade trouvant ses membres de plus en plus engourdis se rendit à l'hôpital.

13 mars. Faiblesse générale dans les membres ; perte d'appétit, pas de céphalalgie, pas de vomissemens, pas de coliques, pas de frisson, point de gêne dans la respiration, pas d'augmentation marquée de chaleur à la peau. (Infus. de violette et de guimauve édulcorée avec le sirop de gomme. Diète.)

14 mars. Il est impossible à la malade de porter le bras droit sur la tête ; douleur dans toutes les articulations ; visage animé ; râle sibilant à la partie antérieure et postérieure de la poitrine. Les phénomènes observés ne laissent plus de doute sur la nature de la maladie. On reconnaît le rhumatisme articulaire commençant, quoiqu'il y ait absence des symptômes locaux les plus ordinaires, tels que rougeur et gonflement.) (*Prescription :* saignée de quatre palettes, renouvelée le soir ; infusion de fleurs de guimauve et de violette édulcorée avec le sirop de gomme, deux pots ; potion gommeuse, avec une demi-once de sirop diacode.)

15. La malade ne sent plus qu'un peu d'engourdissement dans les jambes, et principalement dans le pied droit. Les ge-

noux sont gonflés, rouges et douloureux. Toutes les articulations des membres thoraciques sont attaquées, et les poignets sur tout, au plus haut degré. Un peu de toux sans expectoration. Râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine. La résonnance y est bonne partout. 104 à 108 pulsat.; 28 inspirat. par minute. La peau est chaude; visage coloré; langue blanche; soif; selles et urines normales. Le sang de la première saignée forme une couenne générale, mais peu épaisse, et celui de la dernière a une couenne partielle, mais d'une épaisseur plus considérable. (Une saignée de quatre palettes par une large ouverture. Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec le sirop de gomme, trois pots; pot. gomm. avec une demi-once de sirop diacode; cataplasme autour des articulations douloureuses. Diète.)

16. Le caillot est en champignon, d'une densité remarquable; la couenne est très-prononcée. Les bras sont seuls un peu engourdis, mais pas aussi douloureux qu'hier. Les genoux qui étaient le plus attaqués ne sont point douloureux, et la malade peut les plier facilement. Langue moins blanche et moins épaisse. Beaucoup de soif. 88 pulsations; la malade a de grandes sueurs. (*Ut suprà;* quatrième saignée de trois palettes.)

17. Le sérum du sang est prédominant : caillot dense et recouvert d'une couenne épaisse avec des bords relevés. La malade va très-bien; il ne lui reste qu'un peu de douleur dans le poignet et les articulations huméro-scapulaires, principalement la gauche. 88 pulsations par minute. Le pouls est ondulent et développé. (Cinquième saignée de trois palettes; eau gazeuse; deux pilules, d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune; deux tasses de bouillon de poulet.)

18. Le caillot de sang est couenneux, avec des bords relevés; sa consistance est bien marquée. La malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans le poignet droit. 67 pulsat. Convalescence. (Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec sirop de gomme, deux pots. Deux pilules, d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune. Deux tasses de bouillon de poulet.)

19. La malade ne ressent plus de douleur dans aucune articulation. (Deux bouillons; trois potages; une tasse de lait. Pilules opiacées, comme hier.)

20. Le bien-être continue. 64 pulsations. Le pouls est assez développé. (*Ut suprà.* Bains; une pomme cuite.)

21. La malade ne souffre nulle part. Elle ne se sent pas beaucoup affaiblie. (*Ut suprà.* Demi-quart.)

22. Elle est dans un état tout-à-fait satisfaisant. (*Idem.*)

23. L'état satisfaisant continue. (Le trois-quart.)

24,25. Elles est dans une convalescence parfaite. (La demie. Côtelette.)

26. Sortie.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

AVRIL 1834.

Empoisonnement déterminé par le sel commun (muriate de soude), saturé d'oxide de cuivre vert (vert-de-gris). Mort survenue trois mois après l'usage de ce sel chez trois individus de la même famille.

Par M. TRINQUIER,

Docteur en médecine à Durfort (Gard).

Le 31 mars 1833, je fus prié de donner mes soins à la famille Durand, de Durfort. Cinq malades la composaient : le père avait quarante-sept ans, la mère quarante-trois, le fils aîné vingt-deux, le cadet seize, le plus jeune onze. Tous présentaient des symptômes identiques dont voici l'esquisse générale : saveur âcre, aridité de la langue, crachotemens continuels, nausées, vomissemens de matière glaireuse d'un vert très-prononcé, douleur à l'épigastre et dans tout l'abdomen, augmentant à la moindre pression. Les parois de l'abdomen sont déprimées et refoulées vers la colonne vertébrale. Les selles sont rares, la chaleur est presque naturelle; la soif est prononcée, la respiration un peu gênée. Des sueurs froides couvrent la face, le cou, la poitrine et les bras de temps à autre; les urines sont rares et fortement colorées. Des syncopes se manifestent au moindre mouvement; il y a céphalalgie, perte d'appétit, couleur jaune-verdâtre de la peau.

J'appris qu'une bassine de cuivre rouge avait été placée au-dessous de la viande d'un porc soumis à la salaison, pour recevoir le sel qui pourrait se détacher aux divers lavages. Ce sel ainsi reçu, et dont je ne pus évaluer la quantité, avait servi pendant plusieurs jours soit à la préparation de quelque viande, soit à celle des divers bouillons ou soupes consommés par la famille. Je ne pus avoir d'autres renseignemens, mais il me fut facile de reconnaître chez ces malades une gastro-entérite, que je combattis par les antiphlogistiques et les mucilagineux. Tout semblait à peu près rentré dans l'ordre, lorsqu'au bout de deux mois le père est atteint de convulsions de forme épileptique et meurt. Un mois plus tard, le plus jeune fils est pris de convulsions semblables et succombe également; enfin, quelques semaines après, le fils aîné périt de la même manière.

Lors des premières convulsions présentées par le père, la famille jugea convenable de demander une consultation. Mes estimables confrères, MM Boissière et son neveu, de Saint-Hippolyte, et Duménil, docteur en médecine à Sauve, furent appelés. Surpris de ce résultat tardif, ils ne pouvaient croire à un empoisonnement qui remontât à trois mois. Dans cette perplexité, et jaloux d'arracher à la mort les victimes qui survivaient, je résolus de conduire le fils aîné à Montpellier.

MM. Golfin, Lallemand, Lordat, etc., crurent à l'existence d'un poison répandu dans tous les tissus organiques par la voie de la circulation. Ils prescrivirent, en conséquence, le laitage, les bains généraux, quelques vésicatoires, la distraction, l'application de quelques sangsues à la marge de l'anus, et enfin la magnésie à l'intérieur; mais tous ces médecins s'accordèrent pour porter un pronostic fâcheux, qui du reste n'a été que trop réalisé.

A la mort du père, j'obtins de la famille d'en faire l'autopsie, à la condition d'examiner seulement le ventre et les organes qui y sont contenus.

La muqueuse de l'estomac était réduite en une espèce de bouillie : à la grande courbure de cet organe était une tache noirâtre, gangreneuse, de la grandeur d'un pouce carré; près du cardia existait aussi des traces évidentes d'inflammation. Le grand lobe du foie était très-volumineux et présentait une couleur jaune-verdâtre. La vésicule du fiel était réduite en une sorte de putrilage. Le duodénum et les autres intestins étaient remplis de gaz et présentaient une couleur verdâtre et des traces d'inflammation. Deux vers lombrics furent trouvés dans l'estomac.

La mère, quatre mois après la première scène, a eu des convulsions épileptiques affreuses; aujourd'hui cependant elle se porte bien, ainsi que le fils cadet qui a échappé au naufrage. Celui-ci n'a point eu de convulsions, quoique d'ailleurs il ait présenté les mêmes symptômes que ses infor-

tunés parens. Je n'ai pu faire l'autopsie des deux derniers morts.

Réflexions. Des considérations pratiques fort importantes découlent de l'observation communiquée par M. Trinquier. Remarquons d'abord la cause de ces accidens qui doit être attribuée sans doute à un empoisonnement par une substance irritante, laquelle a déterminé une gastro-entérite, palliée seulement par les antiphlogistiques qu'on lui a d'abord opposés. Cette irritation gastro-intestinale a continué ses ravages pendant plusieurs mois ; peut-être même a-t-elle été augmentée et entretenue par de nouvelles doses de la substance vénéneuse, jusqu'à ce qu'enfin le désordre ait été porté au point d'anéantir les forces vitales en réagissant sur le cerveau. C'est, en effet, la manière d'agir des *poisons lents*, c'est-à-dire de ceux qui ne sont pas assez actifs pour déterminer la mort aussitôt après leur ingestion, mais qui tuent après un temps plus ou moins long, suivant la résistance que leur offrent les organes, ou les doses nouvelles, plus ou moins fortes, qui sont avalées par les malades. Il est évident que dans les observations citées la gastro-entérite avait continué à faire d'immenses progrès, puisque lors de la présentation d'un des malades aux médecins de Montpellier, ceux-ci avaient déclaré que la mort était inévitable.

Ces faits, curieux et intéressans sous bien des rapports, ne nous offrent donc rien de merveilleux, les causes de la mort étant suffisamment expliquées. Mais il serait plus difficile peut-être de déterminer quelle a été la substance vénéneuse qui a produit tous ces désordres. Le vase en cuivre non étamé contenait-il des traces de vert-de-gris, ou cette dernière substance s'est-elle formée à l'instant où le sel chargé d'eau, de graisse, et peut-être de quelques acides, s'est trouvé en contact avec le cuivre, ou enfin le sel lui-même contenait-il des substances vénéneuses à l'ingestion desquelles on puisse attribuer l'empoisonnement ? nous laissons aux praticiens à peser ces diverses circonstances, puisque nous manquons de faits propres à éclairer cette importante question. Disons seulement qu'il nous paraît très-probable que c'est au vert-de-gris qu'il faut attribuer les accidens, soit qu'il existât primitivement dans le vase en cuivre, soit qu'il y ait été formé au moment même de l'opération.

Ces considérations nous conduisent à dire quelque mots des diverses falsifications qu'on fait éprouver au sel de cuisine, falsifications qui peuvent être fort nuisibles à la santé, et qu'aucun médecin ne doit ignorer.

Depuis plusieurs années l'autorité avait reçu les plaintes de nombreux individus qui assuraient avoir été plus ou moins gravement incommodés par l'usage du sel de cuisine. C'est surtout à Paris et dans le département de la Marne que des cas de ce genre semblent avoir été recueillis en plus grande quantité. Ces plaintes engagèrent M. Chevallier, membre du Conseil de salubrité de Paris, à faire des recherches sur ce sujet, et il publia dans le temps un Mémoire dans lequel il signalait plusieurs fraudes auxquelles se livraient les marchands et débitans.

Suivant ce chimiste, les marchands ajoutent quelquefois au sel une certaine quantité d'eau pour en augmenter le poids ; mais cette fraude est si facile à reconnaître, qu'elle doit être rarement mise en usage.

D'autres fois les marchands ajoutent au sel de cuisine une certaine quantité d'un sel marin impur, appelé *sel de salpêtre*, dont le prix est moins élevé, et qui paraît quelquefois contenir une petite quantité d'iode. Ce mélange, du reste, ne peut être très-nuisible à la santé.

Mais le mélange le plus ordinaire, et en même temps le plus nuisible, est celui que l'on fait avec le sel marin retiré de la soude de varech, qui contient une quantité notable d'iode. Pour reconnaître cette falsification, il suffit de faire un mélange de deux parties de solution d'amidon légère, et d'une partie de chlore liquide. On verse quelques gouttes de cette solution sur le sel qu'on suppose falsifié, et s'il contient une certaine quantité d'hydriodate, il se développe à l'instant même une couleur violette.

Il est inutile d'insister sur les funestes effets de l'ingestion continuelle dans l'estomac d'une quantité notable d'iode, dont la fâcheuse action sur la muqueuse digestive, et par suite sur toute l'économie, ne saurait être mise en doute.

Les recherches de M. Chevalier lui ont démontré en outre que souvent on falsifiait le sel de cuisine avec le sel de Glauber. Cette falsification est moins fréquente que la précédente ; ses effets sont aussi moins fâcheux.

Enfin, la cupidité des marchands les porte souvent à ajouter au sel de cuisine des matières terreuses et du sulfate de chaux. Cette dernière substance se vend communément à Paris sous le nom de *poudre à mêler au sel*. Cette falsification y est si commune, qu'il existe, dit-on, une fabrique de plâtre, ou de poudre à mêler au sel, en pleine activité, et exploitée à l'aide d'un manége. Le plâtre cru est réduit en poudre et passé au tamis de soie fin.

Pour reconnaître ce genre de fraude, il faut traiter le sel par l'eau distillée froide qui le dissout, laissant le plâtre qui est insoluble : on décante la solution, on jette sur un filtre le précipité, et on lave à l'eau froide le résidu qui contient le sulfate de chaux.

Tels sont les mélanges que les marchands font le plus souvent subir au sel de cuisine. On voit qu'aucune des substances qu'on y ajoute n'aurait pu produire les accidens observés sur les cinq individus dont M. Trinquier nous a communiqué l'observation. Il est vrai que, dans un petit nombre de cas, on a trouvé mêlé au sel de cuisine une certaine quantité d'oxide d'arsenic, provenant sans doute de quelque imprudence dans le mélange du sel ou dans son transport ; mais on ne peut admettre ici cette explication, car des accidens de cette nature auraient dû être observés en grand nombre dans le pays où ont été recueillies ces observations.

LEÇONS CLINIQUES DE LA PITIÉ.

§ 1er. — *Amputation de la verge à la suite d'un cancer. Considérations pratiques sur cette opération et ses suites.*

P....., domestique, âgé de trente-six ans, d'une bonne constitution, conduisait en postillon, au mois de juin dernier, sur une des routes de la Belgique, une voiture attelée

de deux chevaux. L'un d'eux s'étant abattu dans les brancards, P..... mit aussitôt pied à terre pour l'aider à se relever, et au moment où il détachait les traits, l'animal, en se débattant, lui porta sur la partie interne et supérieure de la cuisse un coup de pied qui atteignit l'extrémité de la verge placée de ce côté. La douleur que P... ressentit fut vive, quoique de courte durée, car elle ne l'empêcha pas de remonter à cheval peu de temps après, et de continuer sa route. Arrivé à sa destination, il s'aperçut que du sang avait été fourni par l'extrémité de la verge; mais un phimosis congénial l'empêchant de découvrir le gland, il ne put reconnaître jusqu'à quel point les parties avaient été contuses. Il se contenta donc d'employer, autant que ses occupations le lui permirent, quelques lotions émollientes, et termina ainsi son voyage sans éprouver beaucoup de douleur, et se croyant à peu près guéri.

De retour en France, il remarqua bientôt qu'une certaine quantité d'humeur s'accumulait entre le prépuce et le gland; peu à peu la verge devint douloureuse et se tuméfia. L'ouverture, quoique très-étroite, du prépuce, permit de distinguer une ulcération large et profonde, siégeant sur le gland. A ces symptômes se joignirent quelques douleurs lancinantes. Le repos au lit, les cataplasmes, les injections émollientes furent mis en usage, mais le tout sans succès; le pus se convertit en une sanie fétide; l'ulcération, continuant de s'étendre, envahit une partie du prépuce, et ce fut dans cet état que le malade entra à la Pitié, au mois de décembre 1833.

Aucune circonstance commémorative ne put faire reconnaître dans cette affection l'existence primitive d'un virus syphilitique, mais l'aspect particulier de l'ulcère, son étendue et les douleurs lancinantes qui avaient accompagné son développement, dénotaient assez la présence d'une cancer de la verge, dont l'ablation seule pouvait arrêter les progrès. Néanmoins, convaincu par sa propre expérience que souvent des affections cancéreuses, qu'on regarde comme profondes, ne sont que superficielles, M. Lisfranc résolut, au lieu de procéder de suite à la section de la moitié du pénis, d'inciser d'abord le prépuce comme dans l'opération du phimosis, pour s'assurer de l'étendue du mal, se réservant, s'il doutait encore, après cette incision exploratrice, que le cancer eût envahi tout le membre, de couper en dédolant jusqu'à ce qu'il ne rencontrât plus de traces de son existence. Le prépuce ainsi fendu dans toute sa longueur, le gland parut à découvert, et la simple inspection des parties suffit pour faire reconnaître que l'urètre et les corps caverneux partageaient eux-mêmes l'affection du gland. Alors M. Lisfranc pratiqua de suite l'amputation du pénis de la manière suivante :

Un aide fut chargé d'assujettir la verge du côté de testicules; le chirurgien saisit de la main gauche l'extrémité de cet organe, préalablement enveloppé d'un linge, et sans tirer à lui la peau, comme le conseillent la plupart des auteurs, de la main droite, armée d'un couteau, il fit, à demi-pouce environ au-dessous du gland, la section de la verge d'un seul coup, et en commençant par sa partie inférieure. Le reste de l'opération ne présenta rien de particulier; les deux artères des corps caverneux, les deux dorsales de la verge, et une autre petite artériole, furent liées sans difficulté; une sonde fut aussitôt placée dans l'urètre; des bourdonnets de charpie, une compresse et un bandage approprié complétèrent le pansement, et le malade fut remis au lit.

Le lendemain on appliqua quarante sangsues au pourtour du pubis, dans la vue de prévenir toute inflammation ultérieure. Jusqu'au 9 janvier, les choses se passèrent aussi bien que possible; mais à cette époque, sans cause connue, le pénis s'infiltra; il sortit par l'urètre une quantité notable de pus (cinq à six cuillerées). Le 10, une tumeur fluctuante existait vers la racine de la verge; elle fut largement ouverte, et donna issue à du pus. A l'aide d'un stylet introduit dans l'ouverture de la plaie, on put juger que l'abcès communiquait dans l'urètre, et que l'écoulement observé la veille provenait du pus qui s'était fait jour à travers les parois du canal. Depuis lors on n'a cessé de maintenir dans l'urètre une sonde en gomme élastique, pour prévenir tout écoulement de l'urine par la déchirure, et aujourd'hui le trajet fistuleux est complétement cicatrisé, aussi bien que la plaie résultant de la section de la verge.

L'observation que nous venons de rapporter ici a fourni au professeur les réflexions pratiques suivantes :

L'étroitesse excessive du prépuce, qui s'oppose à ce que le gland soit facilement mis à découvert, constitue un vice de conformation qui peut donner lieu à des accidens consécutifs graves. Souvent la peau irritée, excoriée dans l'acte de la copulation, produit des indurations toujours difficiles à résoudre. L'humeur sébacée que sécrète constamment la surface interne du prépuce et le gland, ne pouvant être enlevée facilement par les soins de propreté, acquiert des propriétés âcres qui finissent par irriter les parties avec lesquelles elle se trouve en contact, et où elle s'accumule. De cette irritation peuvent résulter un écoulement puriforme, des adhérences plus ou moins intimes de la peau avec le gland, ou le développement d'ulcérations qui, dans la plupart des cas, dégénèrent en véritables carcinomes. On ne saurait donc trop recommander aux individus affectés de phimosis congénial de se faire opérer, pour parer à ces inconvéniens.

Lorsque le cancer siége sur un organe aussi important que la verge, le chirurgien doit employer tous les moyens possibles d'investigation pour s'assurer positivement de l'étendue du mal, afin de ne sacrifier des parties que ce qu'il serait imprudent de laisser.

Il est hors de doute aujourd'hui que le cancer éprouve, pendant long-temps au moins, de la part de la nature, de grands obstacles pour passer d'un tissu à un autre. MM. Serres, Andral, etc., ont démontré, par l'inspection anatomique, que des cancers qui paraissent avoir envahi toute l'épaisseur de l'estomac ne dépassaient pas la muqueuse. M. Serres a présenté une pièce d'anatomie pathologique dans laquelle la membrane musculeuse était seule cancéreuse, et les tissu muqueux et séreux parfaitement sains. Deux ou trois fois M. Lisfranc a été assez heureux pour conserver en grande partie des organes qu'on avait regardés comme atteints de cancers profonds, et dont l'ablation complète avait été jugée nécessaire. De tous ces faits il croit donc pouvoir conclure qu'au moindre doute de la part du chirurgien (dans le cas de cancer de la verge) que la mala-

die ait envahi la totalité de l'organe, c'est pas des sections faites en dédolant qu'il doit procéder a l'opération, et non par l'amputation de tout ou partie du pénis, comme ou le pratique généralement.

La plupart des auteurs veulent, lorsqu'on procède à l'amputation de la verge, qu'on attire le plus possible la peau sur la portion que l'on doit couper, afin, disent-ils, de rendre moins difficile la ligature des vaisseaux qui se rétractent après l'opération; mais, en agissant ainsi, on s'expose ou à laisser un moignon trop dénudé ou difficile à cicatriser, ou parfois même à mettre à nu les testicules, en intéressant une portion du scrotum. Le mieux est d'assujettir la peau de la verge sans la tirer ni en haut ni en bas, et de faire la section en commençant par la partie inférieure. En procédant de haut en bas, on n'obtient jamais une section verticale, quelque précaution qu'on prenne, et la portion de peau excédant vers la partie inférieure gêne l'excrétion des urines.

L'amputation de la verge est malheureusement très-souvent suivie de la mort des malades. cette terminaison funeste peut être attribuée à deux causes. Il est de remarque que les individus qui sont privés des organes de la génération conservent toujour une mélancolie qui, tôt ou tard, peut leur devenir funeste. Rien ne pourrait rendre à ces malheureux leur hilarité première; le sentiment de la perte qu'ils ont faite les suit partout; loin de chercher à revoir ceux qui leur ont prodigué des soins, ils les fuient comme des témoins irrécusables de leur nullité. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette disposition à la mélancolie n'atteint pas seulement les jeunes sujets, msis qu'elle poursuit même des vieillards à qui, depuis long-temps, les organes sexuels sont devenus inutiles. A cette cause de mort s'en joint une autre non moins puissante, et qui se manifeste surtout dans les premiers jours de l'opération : c'est la phlébite à laquelle le pénis, organe éminemment vasculaire, est surtout disposé. Sur vingt-quatre sujets observés par M. Lisfranc, dix-sept sont morts offrant les veines du bassin remplies de pus. Depuis que ce chirurgien a recours à l'application d'un bon nombre de sangsues au pourtour du pubis après l'opération, ses insuccès sont beaucoup moins nombreux.

L'état de spasme dans lequel peut rester momentanément le canal de l'urètre, après la section du pénis, rend parfois difficile l'introduction d'une sonde de gomme élastique dans la vessie, et c'est cette circonstance qui, dans ces derniers temps, a porté quelques chirurgiens à conseiller de commencer par passer cette sonde avant l'opération, et d'emporter avec elle la portion de pénis qu'on veut enlever; Cette pratique, qui peut réussir quelquefois, ne saurait convenir dans tous les cas, attendu que lorsque le cancer a envahi la verge au point d'en nécessiter l'amputation, le désordre est souvent tel, que le cathétérisme deviendrait impraticable avant l'opération. Au reste, en attendant un peu, l'état de spasme disparaît, et l'introduction de la sonde devient assez facile.

§ 2. — *Emploi du chlorure d'oxide de sodium dans les brûlures des premier et deuxième degrés.*

Depuis le mois de novembre 1833 plusieurs malades sont entrés à l'hôpital de la Pitié, atteints de brûlures plus ou moins profondes : tous ceux qui portaient des brûlures au premier ou deuxième degré ont été traités par le chlorure d'oxide de sodium, et sont sortis guéris dans l'espace de très-peu de jours.

Dans un autre article de ce journal nous avons déjà annoncé que M. Holt avait, dans une des séances de la Société médicale de Westminster, préconisé l'emploi des chlorures dans les cas de brûlures peu profondes. Il y a sept ou huit ans que, pour la première fois, M. Lisfranc a tenté l'emploi de ce médicament dans la circonstance que voici, et avec un plein succès.

Par suite de l'explosion qui eut lieu dans la fabrique de poudre fulminante à Vitry, près de Paris, plusieurs personsonnes reçurent des blessures plus ou moins graves. Deux ouvriers entre autres, horriblement mutilés (puisqu'ils perdirent chacun un œil, et que l'un d'eux reçut dans la fosse canine, un éclat de bois qui y resta implanté), furent apportés à l'hôpital de la Pitié, couverts de la tête aux pieds de brûlures à différens degrés, et dans un état presque désespéré. Pendant vingt-quatre heures on eut recours à diverses méthodes de traitemens, qui toutes restèrent infructueuses, et l'état soporeux dans lequel les malades étaient plongés semblait annoncer leur fin prochaine, lorsque M. Lisfranc fit, en désespoir de cause, couvrir le corps de ces malheureux de compresses imbibées de chlorure d'oxide de sodium étendu d'eau, et fréquemment renouvelées.

Le soir même de cette application, qui avait eu lieu à la visite du matin, l'état soporeux n'existait plus; les malades n'accusaient que peu de douleur; tout ce qui était à l'état de brûlure du premier degré avait presque complétement disparu; celles du troisième degré étaient singulièrement amendées, et ces ouvriers eussent été en état de retourner chez eux en très-peu de temps sans leurs autres blessures, dont le traitement les força de séjourner quelque temps de plus à l'hôpital.

Fort de ce succès inespéré, M. Lisfranc s'est depuis attaché à constater, d'une manière aussi exacte que possible, l'effet des chlorures dans ces diverses circonstances, afin d'arriver à connaître les proportions dans lesquelles il convient de les employer.

Il résulte des expériences nombreuses de ce praticien, 1° que les chlorures ne sauraient être employés avec avantage que dans les brûlures du premier et du deuxième degré seulement, les brûlures plus profondes exigeant ensuite un autre mode de traitement;

2° Qu'ici, comme dans les cas d'ulcères ou de fistules, le chlorure doit être le plus ordinairement à trois degrés et que le chlorure d'oxide de sodium est préférable à celui de calcium, en ce qu'il est moins susceptible de s'altérer;

3° Qu'on peut très-bien prévoir les effets curatifs du remède, en observant que, pour guérir, il doit produire, aussitôt après son application sur la partie malade, un sentiment de chaleur et de cuisson légère pendant quelques minutes seulement; que son action serait nuisible si cette chaleur et cette cuisson persistaient ainsi plusieurs heures, et nulle dans le cas où le malade n'éprouverait immé-

diatement après le pansement aucune sensation particulière ;

4° Enfin, que si la brûlure existe avec vésication, la guérison semble être d'autant plus prompte qu'il reste moins d'épiderme ; de la nécessité, dans un cas de ce genre, non-seulement de percer les vésicules, comme on le conseille généralement, mais de détacher avec précaution l'épiderme qui les constitue.

La manière de procéder au pansement consiste à appliquer sur la partie brûlée un linge fin fenêtré et enduit de cérat, et à le couvrir ensuite d'épais plumasseaux de charpie imbibés de chlorure, et qu'on a soin d'humecter fréquemment.

Ce remède, que nous avons eu occasion d'employer encore tout récemment dans notre pratique particulière, nous a aussi parfaitement réussi à trois reprises différentes, et nous ne saurions trop en conseiller l'usage pour les brûlures peu profondes.

§ 3. — *De la compression employée comme méthode curative dans le traitement des fistules à l'anus.*

Dans le courant du mois dernier, divers malades couchés dans les salles de la Pitié ont été traités et guéris de fistules à l'anus déjà assez anciennes, par la simple compression, ce qui a fourni à M. Lisfranc l'occasion d'émettre son opinion sur ce mode de traitement et sur les avantages qu'on peut en retirer.

Suivant ce professeur, l'oubli presque total dans lequel est tombé ce procédé tient ou à ce qu'il a été généralement mal employé, ou à ce qu'on a négligé de bien distinguer les cas dans lesquels il convient de le mettre en usage, de ceux où l'opération doit lui être préférée. Son avis est qu'on doit tenter la compression toutes les fois qu'elle offre quelque chance de succès, attendu que dans beaucoup de circonstances on peut éviter ainsi aux malades une opération douloureuse et à laquelle la plupart ne se soumettent qu'avec la plus grande répugnance.

Le temps depuis lequel date une fistule doit être pris en grande considération pour déterminer si l'on peut attendre ou non quelque succès de cette méthode. Si la maladie existe depuis cinq ou six mois, la compression est le plus ordinairement inutile. A cette époque, en effet, le trajet fistuleux se trouve tapissé par un tissu muqueux accidentel dont l'organisation est trop complète pour faire espérer d'obtenir la guérison par la compression.

Souvent le trajet ou les trajets d'une fistule rétrécis à leurs orifices externes, sont dilatés sur d'autres points de leur étendue, et constituent des clapiers où séjourne du pus que la compression seule ne saurait évacuer. Dans ce cas alors on ne doit y recourir qu'après avoir agrandi par des incisions convenables l'orifice ou les orifices de ces trajets, et procuré ainsi un libre écoulement à la matière purulente.

Une autre condition très-importante pour la réussite de la compression, est de ramener à l'état normal, ou à peu près, les tissus sur lesquels on doit comprimer. Si donc il existe de ces indurations ou callosités, comme on les rencontre souvent dans les fistules un peu anciennes, on s'attachera à les faire disparaître par les moyens appropriés. Presque toujours on y parvient en les traitant méthodiquement. Y a-t-il de la douleur, du gonflement, on a recours aux évacuations sanguines locales plus ou moins abondantes, et reprises tous les six ou dix jours suivant la force du sujet. Quand la douleur et la chaleur sont dissipées, on panse avec la pommade d'hydriodate de potasse, qui souvent agit comme puissant résolutif. S'il arrivait au contraire que ce médicament produisît une excitation trop vive, on le cesserait aussitôt, et on pratiquerait sur les tumeurs des scarifications plus ou moins nombreuses qu'on ferait suivre d'une forte application de sangsues qui, en dégorgeant les parties enflammées, détruirait promptement la douleur ; on reviendrait ensuite ou à quelques fondans nouveaux ou à une douce compression exercée sur les callosités elles-mêmes pour les affaisser.

Il est des individus dont le rectum jouit d'une telle sensibilité qu'aucune compression ne saurait être exercée de prime-abord ; le plus ordinairement cette sensibilité excessive tient à la présence d'hémorrhoïdes. On parvient souvent à la détruire ou à la diminuer assez pour permettre aux malades de supporter la compression, en pratiquant des saignées révulsives au bras, en mettant des sangsues à l'anus, et en faisant au pourtour de cet orifice des frictions avec une certaine quantité d'extrait de belladone bien préparé.

Si la compression doit être rejetée lorsque la fistule date déjà depuis un certain temps, il y aurait aussi de l'inconvénient à y recourir trop tôt, c'est-à-dire lors qu'un abcès siégeant à la marge de l'anus viendrait d'être ouvert récemment ou par la nature ou par l'art. Ici, quelque ménagées que fussent les pressions s'exerçant sur les parois d'un foyer prises d'inflammation aiguë, elles augmenteraient les accidens sans amener de guérison. C'est surtout dans les fistules datant de un ou deux mois, lorsque déjà la maladie commence à passer à l'état chronique, que la douleur est nulle ou presque nulle, qu'on peut retirer de grands avantages de la compression.

La hauteur à laquelle est situé l'orifice interne de la fistule complète, ou le foyer de la fistule borgne externe, est sujette à varier ; cependant, ainsi que l'a observé M. Ribes, le plus ordinairement cet orifice interne correspond ou au niveau des sphincters, ou immédiatement au-dessus ; très-rarement on le voit aboutir beaucoup plus haut.

Le procédé opératoire pour la compression s'exécute de la manière suivante.

On introduit dans le rectum, à un pouce environ au-dessus de l'orifice interne de la fistule complète, ou du foyer correspondant à la fistule borgne externe, une compresse carrée de linge fin : à l'aide de l'extrémité du doigt indicateur légèrement fléchi, on évase la compresse vers son fond, que l'on remplit ensuite, avec des pinces à anneaux, de bon nombre de petits plumasseaux de charpie, et on constitue ainsi un fort tampon ayant la forme d'un clou à large tête. On exerce quelques tractions sur l'extrémité de la compresse afin de ramener le tampon sur les sphincters, et d'exercer une compression de haut en bas sur tout le trajet fistuleux, et on consolide encore cette compression

par des plumasseaux de charpie placés sur le périnée et maintenus par un bandage approprié, en ayant soin toutefois de conserver libre l'orifice externe de la fistule, afin de faciliter l'écoulement du pus.

Si le malade n'éprouve pas trop de douleur, on maintient la compression pendant vingt-quatre heures, on la retire pour qu'il puisse aller à la selle, et on recommence ainsi le pansement chaque jour jusqu'à parfaite guérison (1).

---

(1) L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro la Clinique de l'hôpital des Vénériens.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

AVRIL, 1834.

CHIRURGIE PRATIQUE.

—

Mémoire sur les tumeurs sanguines et lipomateuses de la paume de la main; par le docteur Rognetta.

§ I. Tumeurs sanguines de la paume de la main.

Abondamment pourvue des ramifications d'un double ordre d'artères, la partie supérieure de la paume de la main, surtout celle qui forme en quelque sorte la base du pouce (et qui, jusqu'à un certain point, peut-être, ressemble à une fesse par rapport à la cuisse), est assez souvent exposée à des tumeurs anévrismales. Je ne veux point dire par là que le reste de la paume de la main soit absolument à l'abri de cette maladie. Depuis la première rangée des os du carpe jusqu'aux phalangettes des doigts, des tumeurs anévrismales ont été observées dans cette partie. Les faits que nous allons exposer rendront incontestable cette proposition; j'ajouterai seulement qu'elles sont plus fréquentes à la région carpo-métacarpienne palmaire, que dans le reste de la main (1).

Les tumeurs anévrismales de la main sont ou spontanées ou bien accidentelles (suite de blessure ancienne). Les premières sont le plus souvent congénitales. Les secondes succèdent ordinairement à l'action d'un instrument piquant ou contondant qui aurait lésé les vaisseaux de l'arcade palmaire. Ces tumeurs sanguines accidentelles de la paume de la main se développent de la même manière que celles qui ont été observées à la tempe et au front, par Scarpa et par d'autres, à l'occasion d'une forte contusion, ou de l'artériotomie sur ces régions (2); c'est-à-dire que le sang artériel ou artérioso-veineux quitte l'intérieur de ces vaisseaux, se creuse petit à petit une poche à cellules multiples dans le tissu sous tégumentaire de la partie, et finit par former une véritable tumeur, dont la guérison n'arrive presque jamais spontanément. Afin, cependant, qu'on ne croie que c'est par simple analogie que j'admette cette seconde espèce de tumeur traumatique dans la paume de la main, je commence par citer un fait authentique de ce genre qui a été observé par Hilldanus (1) et par Tulpius (2), fait, qui a été d'ailleurs adopté par le grand maître de la chirurgie italienne moderne. Le voici, tel que Scarpa l'a rapporté: « Hildanus et Tulpius font mention d'un » anévrisme observé par eux entre le pouce et le » doigt indicateur, et sur la nature duquel il ne peut » y avoir aucun doute; car, avant l'apparition de » la petite tumeur, le malade avait été piqué dans » cette partie (3).

Les tumeurs anévrismales, spontanées ou congénitales des petites artères, ne sont, comme on sait déjà, que des anévrismes par anastomose, des tumeurs érectiles, ou plutôt le résultat d'un assemblage d'artères et de veines dilatées, dans un réseau cellulaire, serré et élastique, comme celui du parenchyme de la rate. L'anatomie des faits qui vont suivre, confirme encore cette vérité.

On voit bien par les considérations qui précèdent, que la structure des tumeurs sanguines spontanées de la vessie, diffère essentiellement de celles des tumeurs traumatiques ou accidentelles. Ces tumeurs diffèrent encore entre elles par leur mode de terminaison naturelle. Les premières peuvent quelquefois dégénérer en fongus médullaire et prendre une marche fâcheuse; tandis que jamais les secondes n'ont de la tendance pour cette espèce de dégénérescence.

Je résumerai dans les observations suivantes toute la symptomatologie et la thérapeutique des tumeurs sanguines de la paume de la main.

1er fait. M. Dupuytren. — Dans le courant d'octobre dernier, un jeune homme âgé de 18 ans, serrurier, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe, n. 62, pour une tumeur dans la paume de la main droite. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule aplati, indolent, mollasse au toucher, sans pulsations apparentes et sans changement de couleur

(1) Je réduis, comme on le voit, aux seules tumeurs anévrismales toutes les tumeurs sanguines de la main. Il n'y en pas d'autres, en effet, qui aient été observées dans cette partie. Les fongus hématode de cette région, dont je parlerai plus bas, n'est qu'un anévrisme par anastomose dégénéré. Je n'ai jamais vu de varices dans cette partie. Les épanchemens traumatiques de sang, ou les ecchymoses de la main n'étant pas des tumeurs à la riguer ne doivent pas entrer dans le cadre de ce travail.

(2) Scarpa, su gli anevrismi, p. 45. édit. in-fol. Pavia, 1804.

Hodgson, diseases of the veines and arteries, p. 441. London. 1815.

(1) Hildanus, cent. III, Obs. XLIV.

(2) Tulpius, oper. med. lib. IV, obs. VII.

(3) Scarpa, ouvrage cité, p. 45.

à la peau, occupait la base ou plutôt toute la partie carpo-métacarpienne palmaire du pouce. M. Dupuytren jugeant, d'après l'analogie d'une autre tumeur pareille pour la forme et pour la situation, qu'il avait opérée 25 ans auparavant, caractérisa le mal pour un lipôme. Le malade cependant ayant fait remarquer que la tumeur existait dès son enfance, et qu'après certains travaux de la journée elle disparaissait pour reparaître une demi-heure après, l'idée d'une tumeur sanguine se présenta à l'esprit de M. Dupuytren; aussi a-t-il ordonné qu'on la comprimât pendant 21 heures, à l'aide de compresses étagées et d'une bande bien serrée. Aucun changement. M. Dupuytren opéra cette tumeur dans la persuasion d'avoir affaire à un lipôme.

Opération. — Incision tranversale longue de deux pouces sur la tumeur. Le bistouri pénètre dans une poche remplie d'un tissu spongieux. Le sang jaillit aussitôt avec force par plusieurs artères profondes assez volumineuses. On comprime l'ouverture avec une petite éponge. On comprime les artères radiale et cubitale. Le sang est arrêté On agrandit l'ouverture on absterge tout le sang de l'intérieur de la plaie; la petite tumeur s'affaissa par l'expulsion du sang de ses cellules. On saisit avec une pince à dissection la poche de la tumeur; on la disséqua toute entière, et on l'excisa à l'aide de ciseaux courbes. Le tendon extenseur de l'indicateur se voyait briller dans le fond de la plaie: Cette petite poche affaissée n'était autre chose qu'une espèce de petite éponge formée de tissu cellulaire, d'artères et de veines très-dilatées. On lâche la compression des artères de l'avant-bras; le sang coule abondamment en nappe par la plaie. On panse en rembourrant la plaie de charpie, qu'on soutient avec des compresses et une bande assez serrée; l'hémorrhagie est arrêtée. Les jours suivans l'hémorrhagie se reproduit plusieurs fois; on se propose de lier l'artère radiale. Douleurs lancinantes très-vives dans l'avant-bras, insomnie à cause de ces douleurs. (Cataplasmes émolliens et anodins.) Enfin, dès le quatorzième jour, le sang ne reparaît plus; une suppuration franche s'établit. Plus tard, fusée de pus dans les gaînes des tendons de l'avant-bras, par-dessous le ligament carpien-palmaire. Compression expulsive; position horizontale de l'avant-bras. Ecoulement facile du pus. Mieux très-marqué. Guérison après deux mois et demi de traitement assez pénible pour le malade.

Deux réflexions se présentent naturellement à l'esprit après la lecture de l'observation qui précède: l'une concerne l'obscurité du diagnostic de la tumeur; l'autre, la méthode de traitement qu'on a mise en usage pour la guérir. Si un grand maître, un homme à vaste expérience, le chirurgien qui le premier fit connaître au monde médical la texture intime, la forme et les variétés des tumeurs érectiles, prend une tumeur de ce genre pour un lipôme, que ne doit-on pas craindre des hommes moins instruits? Cette première réflexion me paraît aussi remarquable que consolante.

Tâchons cependant d'éclaircir, s'il est possible, le diagnostic des tumeurs en question. La seule circonstance d'une tumeur mollasse comme une figue, placée dans la région de l'arcade palmaire, existant dès l'enfance, doit déjà faire naître une forte présomption sur sa nature sanguine. Il est vrai que des tumeurs polypeuses pourraient, ainsi que nous le verrons plus bas, être prises dans cette région pour des tumeurs érectiles; mais une erreur de cette espèce ne pourrait entraîner aucune conséquence fâcheuse, tandis que l'erreur contraire pourrait être quelquefois préjudiciable aux malades. Ensuite, la disparition complète, ou presque complète de la tumeur, après certains travaux manuels, doit aussi attirer l'attention du chirurgien. Cette circonstance ne peut appartenir qu'à une tumeur sanguine. Quoiqu'un petit lipôme dans cette région puisse aussi s'affaisser sous la pression, néamoins cet affaissement est plutôt un aplatissement, un élargissement de la tumeur, qu'une véritable disparition. En outre, si un lipôme s'aplatit sous la pression, il ne revient pas aussitôt à son volume primitif, ainsi qu'on voit les tumeurs érectiles le faire après que la compression est ôtée. Dans l'observation précédente, la compression employée n'a pas, il est vrai, éclairé le diagnostic; mais a-t-elle été bien faite par l'aide chargé du pansement de ce malade? J'insiste donc avec raison sur ce signe de la disparition de la tumeur, puisqu'à lui seul il peut indiquer la nature du mal. J'ajouterai aussi qu'en approchant la main du malade, ou plutôt la tumeur, à l'oreille du chirurgien, celui-ci pourrait peut-être sentir une espèce de susurrus intérieur, si la tumeur était sanguine; mais je ne donne ce signe que comme probable; je n'ai pas encore eu l'occasion de l'apprécier. Enfin, un dernier moyen, qui pourrait être employé comme un *experimentum crucis* dans ces cas, ce serait de percer la tumeur avec une aiguille à acupuncture. C'est ainsi que le célèbre Guattani de Rome s'est conduit dans un cas de ce genre, dont nous parlerons ci-après. Ce que je viens de dire à l'égard du diagnostic de ces tumeurs n'est pas une simple spéculation inutile; ceci peut avoir une grande importance sur le traitement à établir.

Quant au traitement, on a pu voir dans le cas ci-dessus que l'excision de la poche spongieuse de la tumeur n'est pas sans inconvénient dans la région dont il s'agit. En effet, l'excision oblige à dénuder les tendons de la paume de la main, détermine une inflammation vive dans les gaînes tendineuses et dans le tissu cellulaire serré de cette partie qui se communique à l'avant-bras. De là les douleurs lancinantes, les suppurations larges, les fusées de pus dans l'avant-bras et au-dessous le ligament carpien palmaire. De là, en un mot, un traitement long, pénible et dangereux, ainsi qu'on vient de le voir dans l'observation précédente. Je ne serais même pas étonné qu'en opérant par excision les tumeurs sanguines de la paume de la main, on fût quelquefois obligé d'en venir à l'amputation de l'avant-bras, à cause des accidens consécutifs; ou bien de voir les malades rester estropiés par suite de l'exfoliation des tendons, ainsi que cela est arrivé quelquefois après l'excision des tumeurs hydatiques du poignet (1).

Je soutiens maintenant: 1° qu'on peut guérir, par la simple compression, les tumeurs sanguines de la paume de la matin; 2° que si la compression était insuffisante dans quelques cas, on pourrait employer l'incision simple de la tumeur, et la compression par-dessous, ainsi que Guattani l'a pratiquée avec

(1) J'avoue que depuis que j'ai vu un très-bel enfant expirer d'hémorrhagie entre les mains d'un chirurgien habile de Paris, pendant l'excision d'une tumeur sanguine de la joue, j'ai conçu une espèce d'aversion pour cette opération, lorsque la tumeur est située dans certaines régions du corps.

succès. Les deux faits suivans viennent à l'appui des propositions qui précèdent.

2e fait. Abernethy. — Un enfant âgé de deux mois avait un anévrisme par anatomose, qui s'étendait depuis le poignet jusqu'au coude, en parcourant la face antérieure de l'avant-bras. En peu de temps la tumeur avait grossi au point que l'avant-bras avait le double de volume de l'autre qui était sain. Les vaisseaux dilatés se contournaient de manière que la tumeur ressemblait (ainsi que la mère du petit malade le disait) aux entrailles d'un pigeon qu'on aurait étalées sur cette partie. La couleur de la peau était foncée; la chaleur était vive au toucher. Par la pression, on pouvait fait refouler le sang d'un région dans une autre, et la tumeur s'affaissait. Je me déterminai donc à comprimer la tumeur à l'aide de bandelettes agglutinatives dont j'ai entouré artistement le membre depuis la main jusqu'au coude. J'ai passé une bande par-dessus, que j'ai serrée de plus en plus et j'ai eu l'attention d'asperger souvent l'appareil d'eau froide, afin de diminuer la chaleur morbide et tenir le membre à la température naturelle. Ce traitement m'a si bien réussi que, six mois après, le petit malade se trouva radicalement guéri de sa tumeur. On sentit sous la peau les vaisseaux oblitérés, comme de petites cordes solides (1).

Si la tumeur de la main ne s'étendait pas à l'avant-bras (2) rien ne serait encore plus facile que d'établir un point de compression séparée sur la tumeur sans gêner les fonctions des parties voisines. Ainsi, je suppose, qu'on ait affaire à une tumeur bornée dans la paume de la main, comme dans la première des observations ci-dessus: un petit bracelet en acier, bien rembourré, qu'on placerait à la partie inférieure de l'avant-bras, et une tige métallique qui partant d'un point de ce bracelet, viendrait à à se rendre dans la paume de la main, avec une pélote de tourniquet, qu'on serrerait à volonté à l'aide d'une vis, pourrait exercer une compression aussi solide que peu gênante pour les usages de la main.

Voyons cependant comment s'est conduit, dans un cas de ce genre le plus courageux des chirurgiens italiens.

3e fait. Guattani. — Un homme âgé de 45 ans, consittution sanguine, cocher habituellement grand ivrogne, portait depuis quelques mois une tumeur dans la paume de la main droite, précisément dans la région hypothénar. Cette tumeur était circonscrite, du volume d'une pomme ordinaire, indolente, sans changement de couleur à la peau (si l'on en excepte la base, qui était un peu violette), sans fluctuation ni battemens sensibles au toucher. Mais la peau qui couvrait la tumeur était fort amincie.

Voyant que la peau de la tumeur menaçait ruine, je pensai qu'il fallait l'ouvrir largement avec l'instrument tranchant. Afin, cependant, de m'assurer de la nature de son contenu, je plongeai une aiguille dans la tumeur : le sang jaillit avec tant de force, que les assistans et moi en avons été tachés. Voyant que le sang continuait à couler avec violence par cette ouverture, j'incisai *illico* largement la tumeur; le sang coula alors avec plus d'impétuosité. Je fis comprimer la brachiale d'un côté, le fond de la plaie de l'autre, et le sang fut arrêté. Je remplis le fond de la plaie avec de la charpie sèche et fine ; je posai plusieurs compresses par-dessus, et je serrai le tout avec une bande. J'établis ainsi une compression solide.

Le lendemain, le sang a reparu un peu. Je renfonçai la compression, et la guérison fut complète au vingt-sixième jour.

L'auteur se demande ici quelle était l'artère qui avait donné naissance à la tumeur en question. *Ex quadam arteria anevrisma hoc ortum erat ? A primo ramo quem cubitalis ex palmari arcu plerumque mittit ad hypothenar, an ab ipso cubitæ arcu palmari ?* (1)

L'observation qui précède nous démontre 1° qu'il suffit d'établir une suppuration dans le tissu spongieux de l'anévrisme par anastomoses pour obtenir la guérison radicale de la tumeur ; 2° que l'hémorrhagie se reproduit facilement, il est vrai, après l'opération, mais qu'on peut l'arrêter aisément à l'aide d'une compression méthodique ; 3° que l'extirpation du kyste spongieux n'est pas indispensable pour la guérison; 4° enfin, que la guérison est beaucoup plus prompte, et accompagnée de moins d'accidens, par la méthode de l'incision simple que par celle de l'excision.

Nous n'avons pas parlé de la ligature de l'artère radiale ou cubitale comme moyen possible de guérir les tumeurs sanguines de la paume de la main; c'est parce que cette opération n'a jamais été pratiquée pour des tumeurs de ce genre, et qu'il est fort douteux qu'elle puisse ici réussir, à cause des anastomoses multiples des artères de l'arcade palmaire. Du reste, c'est à l'expérience à prononcer sur ce sujet. Mais si une des tumeurs dont nous parlons s'ouvrait spontanément ou accidentellement dans la paume de la main, et que l'écoulement sanguin ne pût pas être dompté par la compression, que conviendrait-il de faire ? Consultons l'expérience.

4e fait. M. Dupuytren. — Dans l'été dernier, un enfant de la campagne, âgé de 6 ans, a été présenté à la consultation de M. Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, pour une hémorrhagie de la paume de la main qui durait depuis quatre jours, et que le chirurgien du pays n'avait pu arrêter par la compression. Cet hémorrhagie provenait de l'ouverture spontanée d'un petit anévrisme du volume d'une noix, que l'enfant portait sous la région de l'arcade palmaire. M. Dupuytren cautérisa profondément la tumeur à l'aide de quatre boutons de fer rougis au feu, et le sang fut arrêté solidement. Cet enfant étant immédiatement retourné dans son pays, je ne peux pas savoir quelles ont été les suites de cette opération.

Arrêtons-nous un peu sur cette observation. Le chirurgien de la campagne n'avait pu arrêter le sang par la compression ; mais la compression avait elle été bien faite sur ce malade ? Je ne le pense pas ; car si j'en juge d'après l'appareil que le petit malade présentait à son arrivée à l'Hôtel-Dieu, cet appareil n'était ni bien arrangé, ni guère compressif. Je ne crois pas, moi, qu'à l'aide d'un bandage méthodiquement serré, l'on ne puisse arrêter l'hémorrhagie dans les cas de ce genre. Le fait de Guattani, rapporté ci-dessus, prouve cette proposition. D'ailleurs, la raison fait bien concevoir que la résistance

(1) Abernithy, Surgical observations, pag. 234 8e édit. London, 1826.

(2) Dans son mémoire sur les anévrismes, M. Breschet a donné la figure d'un cas pareil au précédent sur un adulte.

(1) Guattani. *De externis anevrismatibus manu chirurgica methodice pertractandis. Historia XXI. Romæ*, 1772.

qu'opposent les os de la main doit rendre ici la compression très-solide et très-efficace. Pour que la compression soit bien faite dans ces cas, il faut 1° qu'un aide comprime les artères de l'avant-bras, ou bien la brachiale, afin que le chirurgien puisse bien nettoyer le fond de la tumeur ouverte; 2° qu'à l'aide de petits boulettes de charpie molle et fine, enveloppées de poudre de colophane, on remplisse avec méthode tout le dedans et tout le dehors de la plaie; 3° que des compresses en plusieurs doubles, carrées d'abord pour en faire une espèce de pyramide sur la plaie, puis des compresses longuettes, qui croisent en différens sens les premières, enveloppent la main; 4° enfin, que deux compresses graduées, très-épaisses, soient placées dans la direction des artères radiale et cubitale, et qu'une longue bande enveloppe le tout serrément. Il me paraît impossible qu'un appareil ainsi construit ne puisse pas arrêter une hémorrhagie provenant des artères de l'arcade palmaire. On pourrait dans le besoin, pour rendre la compression plus solide et empêcher les bandes de se desserrer, mettre par-dessus ce bandage un petit tourniquet, dont la pelote comprimante serait posée dans la paume de la main. On pourrait aussi mettre de réserve, pour la nuit, un tourniquet sur l'artère brachiale, qu'on serrerait en cas d'hémorrhagie.

Un fait tout récemment arrivé à l'hôpital de la Charité mérite d'être ici mentionné. Un enfant se blesse à la paume de la main, région thénar, par un éclat de bouteille; hémorrhagie; on comprime; le sang continue à couler. M. le professeur Roux pratique la ligature de la radiale; l'hémorrhagie ne s'arrête point; on comprime l'artère cubitale, le sang coule toujours. M. Roux a lié l'artère brachiale et l'enfant a guéri. Je regrette vivement que M. Roux n'ait pas essayé, dans ce cas, de comprimer la brachiale avec un tourniquet pour arrêter l'hémorrhagie; je suis persuadé qu'à l'aide de ce moyen toute opération serait devenue inutile; le fait de Guattani, rapporté ci-dessus, me le prouve.

Je viens d'insister si longuement sur la compression dans ces cas d'hémorrhagie 1° parce que je suis convaincu que ce seul moyen peut suffire pour arrêter le sang; 2° parce que je ne suis pas du tout partisan de la cautérisation dans l'accident dont nous parlons. Je ne suis pas partisan de la cautérisation parce que, pour arrêter le sang provenant de l'intérieur du nucléon spongieux de la tumeur, il faut cautériser très-profondément avec plusieurs fers rouges, ainsi que nous venons de le voir dans l'observation qui précède. Or, cette espèce de cautérisation doit nécessairement brûler les tendons fléchisseurs qui passent par cette région, et exposer même les os à s'exfolier quelquefois, d'où résultent des suppurations très-étendues et la perte des fonctions de plusieurs doigts. Ayant été présent à la cautérisation qu'on a pratiquée sur l'enfant dont je viens de parler, je ne doute point que, par l'exfoliation consécutive des tendons de la paume de la main, ce petit malade ne soit resté privé de l'usage de plusieurs doigts.

Les tumeurs anévrismales congéniales de la paume de la main dégénèrent quelquefois, avons-nous dit, en fongus medullaires. Si l'on s'aperçoit de bonne heure de cette dégénérescence de la tumeur, on peut en espérer encore quelquefois la guérison par la simple extirpation locale du mal. On ne peut cependant pas répondre sûrement du succès dans ces cas. Mais si la tumeur occupait toute la paume de la main, par exemple, il n'y aurait que la seule amputation de l'avant-bras qui pourrait guérir la malade. Voici un exemple de ce cas.

5e fait. Boyer. — Il y a quelques années, j'assistai à la dissection d'une tumeur médullaire de la paume de la main, que Boyer fit publiquement à l'hôpital de la Charité. C'était sur un avant-bras qu'il venait d'amputer en ville. La tumeur avait le volume d'une très-grosse orange, occupait toute la surface carpo-métacarpienne palmaire de la main, et la peau qui la recouvrait était dans son état d'intégrité parfaite. Le toucher extérieur donnait la sensation d'une fluctuation profonde (fluctuation trompeuse). En la disséquant, cette tumeur parut formée, dans son intérieur, d'un grand nombre de loges de grandeurs variées, dont chacune contenait une matière particulière. Dans un endroit on voyait de la matière cérébriforme; dans un autre de la matière purulente-sanguine; ici c'était un foyer de substance stéatomateuse; là un mélange gélatino-athéromateux; sur quelques points on voyait du sang décomposé; sur d'autres un tissu lardacé mollase. En un mot, pour me servir de l'expression naïve du célèbre chirurgien de cet hôpital, on pourrait dire qu'on trouvait de tout dans l'intérieur de cette tumeur! Le malade guérit; et jusqu'à trois ans après, il n'y avait eu aucun signe de récidive.

Nous avons dit, dans le commencement de ce mémoire: que des tumeurs anévrismales spontanées pouvaient se développer jusqu'au bout des doigts. Nous possédons un fait de ce genre qui est peut-être unique dans les fastes de la chirurgie. Le voici:

6e fait. Boyer. — En mars 1830, un homme âgé de 57 ans, de bonne constitution, habituellement bien portant, fut admis à l'hôpital de la Charité pour une tumeur sanguine du volume d'un gros œuf, qu'il portait au bout du petit doigt de la main droite. Cette tumeur avait l'aspect d'une véritable pomme cuite, fendillée, était couverte d'une couche de lymphe plastique (sans tégumens), présentait une certaine consistance sous les doigts, et saignait abondamment au moindre attouchement. Douleurs lancinantes; insomnie à cause de ces douleurs. On distinguait une seule glande engorgée dans l'aisselle correspondante.

Au dire du malade, le début de la tumeur datait de trente ans. Elle s'était manifestée par une petite ligne noire au-dessous de l'ongle du petit doigt. Cette ligne noire, qui était indolente, était restée dans un état stationnaire pendant l'espace de 28 ans; c'est-à-dire jusqu'aux deux dernières années qui avaient précédé l'entrée du malade à l'hôpital. Au commencement de ces deux dernières années, la ligne noire qui paraissait au-dessous de l'ongle, commença à se gonfler, à s'étendre et à devenir douloureuse. Le développement de cette ligne noire fit exfolier et sauter l'ongle par morceaux: une tumeur saignante, d'abord plate, puis globuleuse, se déclara à la place de l'ongle. Cette tumeur augmenta ensuite par degrés, et prit enfin la forme et le volume que je viens de décrire. Le malade faisait remarquer que dans les trois derniers mois, la tumeur avait acquis le double du volume qu'elle avait auparavant. Tout cet ensemble de symptômes laissaient clairement voir qu'on avait à faire à un véritable *fongus hématodes*.

Boyer pratiqua la désarticulation du doigt dans la phalange moyenne. En quinze jours de traitement l'homme guérit parfaitement de son mal.

La glande engorgée de l'aisselle se dissipa sans

rien y faire. J'ai plusieurs fois revu depuis l'homme dont je viens de parler, il se porte très-bien sans éprouver le moindre signe de récidive.

La dissection de cette tumeur montra une substance assez consistante, noire, formée par l'entrelacement d'une infinité de vaisseaux capillaires dans l'état variqueux. En écrasant entre les doigts la substance de cette tumeur, on aurait dit que ce fût de la rate. La masse entière de la tumeur n'adhérait point à l'os ni au périoste sous-jacens. Tous les os et le périoste de ce doigt étaient dans l'état normal.

§ II. Tumeurs lipomateuses de la paume de la main.

Nous avons deux fois observé, à la clinique de M. Dupuytren, des petites tumeurs lipomateuses dans la paume de la main, précisément dans les régions thénar et hypothénar. Ces tumeurs avaient, de même que les tumeurs sanguines que je viens de décrire, le volume et la consistance d'une petite figue. Dans le reste, indolence absolue et inaltérabilité de la peau. Mais comme dans les deux cas que j'ai observé, aucune opération n'a été tentée, je ne suis pas très-sûr qu'il ne s'agissait de tumeurs de toute autre nature. M. Dupuytren les jugea d'ailleurs lipomateuses; et moi-même, les ayant comprimées fortement avec mes deux pouces, pendant quelques minutes, je n'ai vu aucun changement survenir dans leur volume. Mais le fait suivant met la chose hors de toute contestation.

7e fait. Pelletan, M. Dupuytren. — En 1809, un cocher âgé de 20 ans, entra à Hôtel-Dieu pour un lipôme du volume d'une pomme de rainette, qu'il portait en dedans du pouce et de la main. La tumeur était dure et bosselée. Le pouce était luxé en arrière, entre la première et la seconde phalange. Un exostose assez volumineux avait pris naissance sur la face interne de cette articulation. Pelletan fut d'opinion qu'il fallait sacrifier le pouce pour simplifier l'ablation de la tumeur; M. Dupuytren fut d'avis qu'on pourrait conserver le pouce en disséquant la tumeur séparément. Le jeune opérateur se comporta d'après son idée, en opérant ce malade, et il eut à s'applaudir. M. Dupuytren fit une incision cruciale sur la tumeur, disséqua les quatre lambeaux, et emporta la tumeur sans toucher au pouce et sans ouvrir l'articulation déboîtée. L'opération a duré 22 minutes; mais il ne s'est pas écoulé une goutte de sang. L'exostose se dissipa petit à petit, et le pouce a pu être ramené à sa rectitude naturelle. Cette articulation s'est ankilosée, mais le malade pouvait faire exécuter à son pouce toute espèce de mouvement sur sa jonction avec le premier os du métacarpe. Quelques accidens assez graves cependant suivirent l'opération : une inflammation vive de toutes les gaines des tendons de la face antérieure de l'avant-bras et de la main, et la mortification d'une partie de la peau du pouce sont survenus. Plusieurs abcès à l'avant-bras et à la main ont été ouverts; mais enfin tout est rentré dans l'ordre, et le malade guérit en conservant son pouce (1).

(1) Pelletan, clinic. chirurg., t. I, p. 210.

VACCINE.

De l'état et des progrès de la vaccine en France, durant l'année 1832; extrait d'un rapport adressé à M. le ministre du commerce par l'Académie royale de médecine. — M. Gérardin, rapporteur.

L'intéressant rapport de M. Gérardin n'étant lui-même qu'un résumé concis des nombreux documens adressés à l'Académie, nous n'aurions guères pu suivre sa marche sans le copier presque en entier; nous avons préféré grouper ensemble les faits importans qu'il renferme, et qui s'y trouvaient rangés sous la rubrique de chaque département. Ainsi nous indiquerons successivement : 1° les progrès généraux de la vaccine en France durant 1832; 2° les épidémies de variole dont l'état a été adressé à l'Académie; 3° les variétés observées dans le développement de la vaccine; 4° les observations qui touchent à la revaccination, à la vaccine et à la variole secondaires; 5° enfin quelques recherches intéressantes sur l'existence du cowpox dans quelques-uns de nos départemens.

1. Progrès généraux de la vaccine.

On remarquait depuis 1828 une progression sensiblement décroissante et dans le nombre des départemens qui adressaient des états de vaccination et dans le chiffre des vaccinations obtenues. L'Académie, dans ses précédens rapports, n'avait cessé d'insister sur les causes et les conséquences funestes de ce discrédit; et enfin M. d'Argout, alors ministre du commerce, transmit aux préfets une circulaire pour stimuler leur zèle à cet égard, et leur indiquer les moyens d'accroître la propagation de la vaccine. L'impulsion donnée a déjà produit des résultats satisfaisans, et malgré les circonstances fâcheuses de 1832, malgré l'invasion du choléra dans la plupart de nos départemens, le tableau suivant démontre toute la sagesse des conseils donnés par l'Académie et accueillis par le gouvernement.

Tableau des chiffres des vaccinations et des départemens qui les ont fournis depuis 1828 jusqu'au 1er janvier 1833.

Années.	Chiffres des vaccinations.	Des départemens.
1828	349,143	53
1829	296,132	52
1830	253,972	44
1831	214,360	40
1832	362,834	55

Ainsi non-seulement le chiffre de 1832 surpasse de plus de moitié celui de l'année précédente; mais il a même dépassé celui de 1828, la plus forte des quatre années antérieures.

Voici, rangés par ordre alphabétique, les noms des vingt-cinq départemens auxquels l'Académie a accordé une mention particulière :

Ardennes.	Loir-et-Cher.
Aveyron.	Loiret.
Basses-Alpes.	Lot-et-Garonne.
Charente.	Meurthe.
Côtes-du-Nord.	Pyrénées-Orientales.
Côte-d'Or.	Bas-Rhin.
Doubs.	Haut-Rhin.
Hérault.	Haute-Saône.
Indre.	Seine.
Isère.	Seine-et-Oise.
Jura.	Somme.
Loire.	Vosges.
Haute-Loire.	

Parmi ces départemens, ceux qui se sont le plus signalés sont, en première ligne : la Charente, la Meurthe, le Haut-Rhin, la Haute-Saône et le Doubs, où le nombre des vaccinations a dépassé celui des naissances. Viennent après le Bas-Rhin, les Ardennes, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, l'Indre, l'Isère, Lot et-Garonne, la Somme, etc., où le chiffre des vaccinations a égalé le chiffre des naissances ou du moins en a approché de très-près. M. Moreau a fait remarquer à l'Académie comment le département de la Seine semblait relégué en troisième ligne dans ce rapport officiel; et pour quelques autres départemens comme celui des Vosges, l'intensité du choléra rend suffisamment compte du moindre nombre des vaccinations. Parcourons maintenant les départemens qui ont le plus spécialement attiré l'attention de l'Académie.

Dans les Ardennes, il y a un comité central au chef-lieu et des comités secondaires pour chaque arrondissement. Une somme de 3,000 f. a été affectée à la vaccine. Aussi, les vaccinations ont été avec les naissances dans la proportion de plus des 8/10es, et l'on compte à peine 40 personnes qui aient été atteintes de la variole.

La Charente a offert 10,886 vaccinations, les naissances étant à 8,811. Ce nombre de vaccinations a surpassé celui des trois dernières années cumulées ensemble. Le préfet a pris l'importante mesure de substituer l'inspection matérielle des cicatrices, dans un certain nombre de communes tirées au sort, aux certificats trop facilement accordés par les maires.

Le préfet de la Côte-d'Or a transmis des états remarquables par le nombre et la précision des documens qu'ils renferment. Il donne 1° le chiffre de la population de chaque arrondissement, d'après le recensement officiel fait par ordonnance royale du 11 mai 1832; 2° le nombre, relevé aux greffes des tribunaux de première instance, des naissances, des mariages et des décès; 3° enfin celui des vaccinations, des varioles, etc. Le nombre des vaccinations s'élève à près des neuf dixièmes de celui des naissances.

Dans la Dordogne, le chiffre des vaccinations, qui était de 6,961 en 1831, est descendu en 1832 à 4,783. Ce département allouait autrefois 4,000 fr. à la vaccine; depuis deux ans, cette somme a été réduite à 400 fr.

La Gironde n'a point transmis d'état. Ce département fait une exception peut-être unique. Pour relever la vaccine qui, après y avoir été en grande faveur, est tombée dans un discrédit complet, les préfets avaient institué des vaccinateurs dans chaque arrondissement; ils se transportaient à heure et à jour fixes dans les communes; des avis multipliés indiquaient leur tournée; malgré tous ces soins, on leur offrait très-peu de sujets à vacciner. Le préfet actuel s'est déterminé à adopter un nouveau moyen; il a proposé aux vaccinateurs du département 65 médailles, 16 d'or et 49 d'argent, ayant ensemble une valeur de 1,190 fr. Ce moyen est encore resté sans effet; il ne s'est présenté que deux médecins à cette espèce de concours.

Jura. 8,625 naissances, 7,620 vaccinations. Le préfet a pris un arrêté pour soumettre à l'inspection du médecin des épidémies les principales écoles de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, afin de constater l'état actuel des élèves et d'en exclure, jusqu'à production du certificat de vaccination, ceux qui n'offriraient aucune trace, soit de la vaccine, soit de la variole. Cette mesure a produit les meilleurs effets.

La Meurthe a un comité central de vaccine, des comités secondaires par chaque arrondissement, et enfin un ou plusieurs vaccinateurs spéciaux par chaque canton de justice de paix. 6,000 fr. ont été votés par le conseil général. Aussi, ce département est un de ceux où la vaccine est le plus répandue. Depuis la formation du comité central, on compte 346,000 vaccinations. En 1832, il y en a eu 12,592 sur 10,975 naissances.

Le Bas-Rhin et le Haut-Rhin rivalisent honorablement avec la Meurthe. Dans ce dernier département, il y a eu 11,580 vaccinations et seulement 10,684 naissances. C'est à l'institution des médecins cantonnaux, chargés par leur nomination même des vaccinations gratuites, que sont dus ces heureux résultats, et l'on voit avec peine que plusieurs communes refusent de maintenir les indemnités qu'elles leur avaient votées dans l'origine, ce qui a pour conséquence immédiate de leur faire abandonner leurs utiles fonctions.

Haute-Saône. 9,328 naissances; 10,287 vaccinations. M. Nedey, l'un des hommes auxquels la propagation de la vaccine doit le plus, a noté un obstacle grave qu'il a rencontré, et qui a eu des suites fâcheuses. Beaucoup de parens refusent de laisser prendre du vaccin sur les boutons de leurs enfans. A Echenoz-la-Méline, toutes les sollicitations du vaccinateur et même du maire de la commune furent inutiles; les vaccinations ne purent donc pas être poursuivies. La variole survint; 60 individus la prirent, 20 y succombèrent, et un plus grand nombre encore restèrent défigurés.

II. Epidémies de variole.

Ardennes. La variole s'est montrée dans une commune de l'arrondissement de Rhétel, où elle a frappé 6 individus de la même famille; et à Charleville où elle était inconnue depuis plus de dix ans, et où elle fut apportée par un enfant qui l'avait prise à l'hôpital de Mézières; mais les mesures prises par l'autorité, et l'empressement de la population à recourir à la vaccine, en limitèrent promptement les ravages.

Aveyron. La variole a régné à St-Geniès.

Côte-d'Or. Depuis long-temps la variole n'avait sévi dans ce département sur autant de points à la fois qu'en 1832. Disséminée par des familles de mendians nomades sur le trajet des routes royales et départementales, elle a atteint surtout les arrondissemens de Dijon et de Beaune. Celui de Sémur a peu souffert; celui de Châtillon seul en a été exempt.

Doubs.—La variole a paru sur un grand nombre de

points; et, bien que le concours des autorités et des médecins en ait beaucoup entravé le développement, 316 personnes en ont été atteintes, et 72 y ont succombé.

Loire. — D'après les états des vaccinateurs cantonaux, la variole a exercé son influence meurtrière dans les trois arrondissemens; toutefois elle a sévi avec moins d'intensité dans celui de Montbrison. Dans celui de St-Etienne elle a envahi presque tous les cantons, où elle a fait un assez grand nombre de victimes, surtout parmi les jeunes gens admis à la manufacture d'armes, et appartenant aux départemens voisins. Celui de Roanne a le plus souffert. Plus de 50 individus sont morts dans la seule commune d'Ecoche; tous les sujets vaccinés ont été préservés. Dans les cantons des Perreux on compte plus de 150 morts, et un plus grand nombre de mutilés ou défigurés.

Loiret. — Il y a eu des épidémies varioliques à Beaugency, à Dry, à Vernon, etc.

Pyrénées-Orientales. — Ce département est fréquemment exposé à l'invasion de la variole par suite de ses communications avec l'Espagne; M. Oliva en cite plusieurs exemples; M. Parer a observé quatre fois de semblables importations.

Haut-Rhin.—La variole a paru dans plusieurs communes.

Haute-Saône.—Nous avons cité plus haut l'épidémie d'Echenoz : et la cause déplorable qui lui a donné une extension qu'elle n'aurait pas dû avoir.

Vosges. — La variole n'a paru que dans quelques communes des arrondissemens de St-Dié et de Remiremont; sur 52 personnes atteintes, une seule a succombé.

III. De quelques variétés dans le développement de la vaccine.

M. Barrey, qui a fait 1,061 vaccinations dans le département du Doubs, a constaté qu'un grand nombre de ses vaccinations avaient échoué pendant les chaleurs de l'été. Au mois d'octobre le vaccin reprit toute sa vigueur, et pendant l'espace de cinq mois M. Barrey obtint presque autant de boutons que de piqûres.

M. Damian, qui a vacciné 600 personnes dans le canton de Lodève (Hérault), a observé que pendant toute l'année les vaccines se sont montrées avec de constantes anomalies, qu'il croit devoir attribuer aux grandes variations atmosphériques qui se sont succédées; en général l'humidité a dominé, tantôt avec le froid, tantôt avec la chaleur; et pendant l'été et l'automne il y eut une épidémie de scarlatine qui sévit chez presque tous les enfans. L'anomalie la plus remarquable a été un retard constant dans l'apparition du bouton, qui ne s'est jamais montré avant le sixième jour. Malgré ce retard, la vaccine parcourait avec régularité ses diverses périodes; seulement, pour prendre du vaccin, il fallait alors suivre la marche de l'évolution de la pustule, et attendre du dixième au douzième jour. En outre de cette circonstance, la circonférence de boutons ainsi retardés était moins étendue, l'auréole moins prononcée; un grand nombre de piqûres avortèrent; enfin ces vaccinations furent souvent accompagnées de furoncles, d'engorgemens des glandes axillaires et cervicales. M. Damian pense que ces observations fortifient le sentiment de ceux qui, dans la pratique de la vaccine, tiennent compte des constitutions atmosphériques et des saisons de l'année. Sans doute dans le plus grand nombre des cas la bénignité de la maladie est telle que cette influence devient imperceptible; mais faut-il pour cela en nier l'existence, lorsqu'elle est si marquée dans l'étude de toutes les maladies éruptives et cutanées?

M. Parer, à Ille (Pyrénées-Orientales), a aussi remarqué souvent l'action retardataire de la vaccine. Chez un certain nombre de personnes, le travail n'a commencé qu'au dixième et quelquefois au quinzième jour. Il a également rencontré plus de résistance à l'action du vaccin que dans les années précédentes, en sorte qu'il a été obligé de vacciner deux et trois fois le même individu.

Dans le Loiret, au contraire, M. Pellieux, médecin à Beaugency, fait observer que les médecins n'avaient pas encore vu la vaccine revêtir un caractère aussi aigu que dans les derniers mois de 1831 et la première moitié de 1832. Presque toujours le nombre des pustules égalait celui des piqûres; presque jamais on ne rencontrait de ces résistances opiniâtres qui s'opposent au développement des boutons. Arrivée au troisième ou au quatrième jour, la vaccine marchait avec une vigueur et une rapidité tout à-fait remarquables, mais cependant sans aucune confusion. Le septième jour, fixé pour les vaccinations, les pustules avaient trois à quatre lignes de diamètre; la base en était tendue; le bourrelet circulaire était large, saillant, gorgé d'un fluide abondant; la dépression centrale avait une teinte foncée; l'auréole, de 4 à 5 lignes de rayon, offrait une belle couleur vermeille; le fluide abondant, recueilli dans des tubes et transporté au loin, ne manquait jamais son effet. En un mot, au septième jour de la vaccination, les pustules avaient constamment l'aspect que présente ordinairement au neuvième, et même au dixième jour, une vaccine dont la première période a été aussi courte que possible.

Sans chercher à expliquer ce phénomène, M. Pellieux fait remarquer : 1° que ses vaccinations eurent lieu en hiver et à la fin de l'automne, tandis qu'ordinairement il les pratiquait au printemps et dans l'été; 2° qu'il avait presque toujours vacciné antérieurement hors du temps des épidémies de variole, tandis que cette fois il opérait pendant que cette maladie se propageait avec une affligeante rapidité; 3° enfin, il régnait en même temps que la variole de nombreuses phlegmasies cutanées, telles que des varicelles, de urticaires, de rougeoles, des pemphygus, des ectymas, des érysipèles et des furoncles.

IV. Observations sur les revacinations, les varioles secondaires et les varioloïdes.

M. Tueffard, médecin à Montbéliard, a transmis a l'Académie un mémoire sur la vaccine et la variole des vaccinés, faisant suite à celui qu'il avait présenté en 1818 à l'ancien comité central. L'auteur a fait jusqu'à ce jour 236 bivacinations qu'il range en quatre classes ou tableaux, savoir :

1° Celles qui ont été faites moins d'un an après la première vaccine;

2° Celles pour qui le temps écoulé depuis cette première vaccine a été d'un à sept ans;

3° Celles pour qui il a été de sept à quinze ans;

4° Celles pour qui il a été de plus de quinze ans.

Le premier tableau comprend 108 individus sur lesquels cinq seulement ont eu une vaccine secondaire incomplète.

Le second, 20 individus, sur lesquels 7 ont présenté une vaccine secondaire incomplète.

Le troisième comprend 53 sujets la plupart de la seconde enfance, les autres adolescens. Douze ont eu une vaccine secondaire complète; chez 25 autres, elle a été complète, et les 16 autres n'ont eu que des boutons faux ou douteux de courte durée.

Enfin dans la quatrième division, comprenant 55 sujets, les uns adolescens, les autres adultes, les vaccines secondaires complètes ont été de 16, les incomplètes de 20, les boutons faux ou douteux de 19.

Cette vaccine secondaire complète, quand elle a réussi, n'est pas d'ailleurs une simple affection locale; M. Tueffard en a inoculé la matière à plusieurs individus non vaccinés, chez lesquels les boutons vaccinaux se sont régulièrement développés.

La marche de la vaccine secondaire est fort variable; l'auteur lui assigne trois degrés très-distincts. Quand elle s'arrête au premier degré, elle commence le jour même ou le lendemain de l'insertion; le troisième ou le quatrième jour, elle forme des boutons lenticulaires, peu saillans, rouges, durs, environnés d'une auréole très-vive, causant des démangeaisons fort importunes; l'auréole a de trois à six lignes de rayon. Du cinquième au sixième jour elle s'éteint, et les boutons, étant restés solides, se résolvent; il est impossible de les distinguer des boutons faux quand ils sont restés très-petits.

La vaccine secondaire du deuxième degré paraît le second jour; du quatrième au septième les boutons se transforment en vésicules circulaires, déprimées au centre, moins relevées que celles d'une vaccine primaire de mêmes dimensions; du septième au huitième jour, elles s'environnent d'auréoles rouge qui n'ont qu'un demi-pouce de rayon, et qui sont à peine formées que les vésicules se dessèchent. Les auréoles elles-mêmes restent à peine deux jours très-rouges; puis elles pâlissent et s'effacent. Les croûtes, qui alors ont remplacé les vésicules, sont petites, minces, lisses, brunes et sèches; elles tombent du douzième au quinzième jour, et laissant à nu des cicatrices unies, superficielles, d'environ une ligne de diamètre. Cette vaccine du deuxième degré ne détermine que peu de gonflement aux bras, quelquefois des douleurs à l'aisselle, mais presque jamais de trouble général. L'humeur limpide de vésicules est en plus grande quantité que celle des boutons de vaccine primaire; et son inoculation chez des sujets non vaccinés a produit de très-belles pustules vaccinales.

La vaccine secondaire du troisième degré ressemble entièrement à la primaire, les pustules ne sont ni moins enflammées, ni moins douloureuses, ni moins grosses; le pus s'en inocule avec le même succès. Toutefois les cicatrices en sont plus unies, plus petites et plus superficielles.

M. Tueffard conclut de tous ces faits que le temps affaiblit par degrés, chez la plupart des vaccinés, l'effet préservatif de la variole, et qu'on peut revacciner avec succès les anciens vaccinés. Enfin des observations d'un autre genre lui ont démontré que la variole des vaccinés, connue sous le nom de varioloïde, donne aux non-vaccinés la variole commune, et conséquemment que l'inoculation de la varioloïde doit être sévèrement interdite.

Le docteur Laquerbe, de Sévérac (Aveyron), a aussi pratiqué 17 vaccinations secondaires, sur lesquelles 12 ont offert tous les caractères de la vaccine primaire. A Saint-Geniez, où régnait la variole, il a recueilli des observations tendant à prouver que les vaccinés atteints de la varioloïde avaient communiqué la variole à leurs frères ou sœurs non-vaccinés. Enfin il a remarqué que les symptômes précurseurs de la varioloïde étaient souvent plus intenses et plus inquiétans que ceux qui préludaient au développement de la variole même.

M. Pellieux, déjà cité, a vu quelquefois la variole survenir après une vaccine bien constatée, mais sur peu de sujets, et toujours avec des symptômes peu dangereux. M. Pellieux n'adopte aucune des explications qu'on a données de ces varioles secondaires. Si on les rattache à l'altération du virus-vaccin, comment expliquer pourquoi, dans certaines localités, dans un espace de vingt à trente ans, ce phénomène n'a jamais été observé, et pourquoi, depuis quelque temps, on le rencontre indistinctement sur les anciens comme sur les nouveaux vaccinés. Si l'on pense au contraire que la vertu préservative de la vaccine n'est que temporaire, comment donc a-t-on été plus de vingt ans sans s'en apercevoir, et comment aujourd'hui ne faut-il pas plus de quelques années pour voir arriver le terme de cette puissance?

A une troisième opinion qui regarde l'intégrité des pustules comme une condition nécessaire pour l'efficacité de la vaccine, M. Pellieux demande d'où vient qu'il s'est écoulé un quart de siècle avant qu'on ait vu la variole survenir chez des individus dont cependant les pustules avaient été désorganisées? Enfin il n'est pas plus exact de dire que les individus ainsi atteints sont ceux qui n'ont eu qu'un seul bouton; car, comment ces individus auraient-ils pu vivre impunément pendant vingt ans au milieu de populations infectées?

Toutes ces hypothèses sont insuffisantes; il faut donc chercher ailleurs l'explication de ce phénomène. Lorsque l'on considère qu'il n'a point été observé dans un seul pays, mais qu'il s'est révélé successivement aux Etats-Unis, en Angleterre, en Irlande, en Ecosse, en France, en Italie, on sera conduit à penser, dit M. Pellieux, que l'épidémie variolique dont l'influence a pesé et pèse encore sur une partie de l'Europe diffère de toutes celles qui avaient respectées jusqu'alors les individus vaccinés; et il est probable que, cette épidémie passée, on ne verra pas plus de vaccinés contracter la variole qu'on n'en voyait auparavant. Mais jusque-là il est utile de réitérer les vaccinations, non pas après une durée de temps déterminée, mais lorsque l'épidémie régnante attaque des individus vaccinés.

M. Pellieux a également observé dans plusieurs épidémies de variole, ce fait curieux, que les pustules varioliques ne se montraient pas plus de six jours après l'insertion, et plus de deux jours après l'apparition de la vaccine; ce qui tendrait à démontrer, si ces faits se répétaient en plus grand nombre, que les boutons vaccinaux jouissent de la faculté préservative dès le troisième jour de leur apparition.

D'autres avaient déjà noté, dans une épidémie variolique du canton de Saint-Germain-Laval, que six individus sur lesquels l'action de la vaccine avait dévancé celle de la variole, avaient faiblement ressenti les effets de l'épidémie. Dans ce même canton, trois personnes ayant été vaccinées avec du vaccin pris sur des sujets atteints de la variole dans toute sa force, n'éprouvèrent que l'action de la vaccine.

M. Ollet a observé à Boule-d'Amont, (Pyrénées-Orientales), une épidémie de varioloïde qui a régné durant les mois de mai, juin et juillet, et qui a offert quelques circonstances remarquables. Cette affec-

tion était inconnue dans le pays ; M. Ollet père, qui y exerce depuis 35 ans, ne l'avait jamais observée. Elle se déclara le 28 mai chez un enfant de six ans, vacciné à l'âge de deux ans et ayant toujours joui d'une bonne santé. Bientôt après elle attaqua plusieurs autres enfans quoique demeurant dans des habitations isolées ; et, chose remarquable, sur plus de cent malades, on ne compta qu'une femme sexagénaire qui avait eu la variole à l'âge de sept ans, et une demoiselle âgée de 20 ans; tous les autres étaient au-dessous de l'âge de 10 ans. Les symptômes ne différaient point essentiellement chez les individus vaccinés ou non vaccinés; les malades ne gardaient que rarement le lit ou même la chambre. Aucun n'a succombé. Les cicatrices les plus apparentes laissées par les pustules étaient presque toutes effacées au bout de deux mois. L'épidémie conserva toujours son type primitif, ne fut point compliquée par la variole proprement dite et ne servit aucunement au développement de cette dernière affection. Elle cessa brusquement dans le mois d'août, au moment où la chaleur était excessive.

M. Ollet fit, en présence de deux officiers de santé, les expériences suivantes. Il inocula l'humeur de la varioloïde à trois enfans au-dessous de douze ans ; un d'eux avait été vacciné ; le second ne l'avait point été ; le troisième avait eu en 1829 une variole confluente. Deux jours après cette inoculation, sur tous les trois, des boutons se montrèrent aux endroits des piqures et successivement sur le reste du corps, et parcoururent toutes les périodes, comme chez les individus atteints de l'épidémie.

M. Ollet en conclut que la varioloïde, dont il a cherché vainement la description dans les anciens auteurs, est une maladie nouvelle, également indépendante de la variole et de la vaccine.

V. Recherches sur l'existence du cowpox en France.

Quelques médecins paraissent avoir rencontré des pustules vaccinales sur le pis des vaches ; mais la communication la plus intéressante à ce sujet est due à M. Doin, chirurgien à Romorantin (Loir-et-Cher). Dans le mois de juin 1831, il avait trouvé sur le pis d'une vache huit à dix boutons dont la ressemblance était frappante avec les boutons de vaccine. Il ouvrit ceux dont l'aspect était diaphane, recueillit le fluide sur des plaques de verre, et le lendemain l'inocula dans la commune de Millançay. Il en résulta une vaccine dont la marche fut aussi régulière que si le vaccin eût été pris de bras à bras ; malheureusement elle ne put être propagée faute de sujets à inoculer.

Cette découverte, transmise à l'Académie, attira toute l'attention de la commission de vaccine ; et, pour l'entourer de tous les renseignemens propres à la constater, elle s'adressa à M. Desparanches, correspondant de l'Académie à Blois. M. Desparanches reçut de M. Doin une lettre en date du 17 février 1833, contenant les détails suivans :

« Cette vache avait sur le pis dix à douze boutons environ ; lorsque je les ai vus, il y avait plusieurs jours qu'ils avaient été remarqués par le domestique et par la femme Louegay. Il m'est impossible de dire s'ils se sont développés spontanément, ou s'il y a eu auparavant un travail inflammatoire.

» Leur forme était ronde, leur couleur argentée, diaphane ; les boutons qui avaient éprouvé un peu de pression par la main de la personne qui trayoit la vache, avaient une couleur un peu rembrunie.

» J'ai recueilli du virus de plusieurs de ces boutons vers le huitième jour de leur apparition ; il était fluide, et sortait par gouttelettes de diverses piqûres faites sur quelques-uns des boutons. Je ne me rappelle pas bien si ces boutons étaient entourés d'une auréole rouge. Leur dessiccation s'est opérée le quatorzième ou le quinzième jour.

» Le virus recueilli sur des plaques de verre a été inoculé le même jour, autant que je puis me le rappeler, sur un enfant de la commune de Millancay : voici son développement et sa marche.

» Le troisième jour de l'inoculation, point rouge sur chaque piqûre ; le cinquième, le point est transformé en un bouton un peu allongé ; le septième, les boutons sont élargis, de couleur blanchâtre, entourés d'une auréole rouge peu étendue. »

Deux autres sujets furent vaccinés de la même manière ; l'un était le fils d'un cantonnier : un certificat du maire atteste qu'il a été vu par plusieurs personnes, et que son vaccin a été reconnu de bonne qualité par M. Doin.

Cette observation, quoique incomplète, présente de l'intérêt. L'Académie profite de cette circonstance pour rappeler l'attention des vaccinateurs et des vétérinaires sur l'étude trop négligée des maladies éruptives qui peuvent survenir chez les vaches, et conduire à la découverte du cowpox.

VI. Conclusions.

De l'ensemble de ces travaux résultent les conséquences suivantes, adoptées par l'Académie :

« 1°. Dans tous les départemens où la propagation de la vaccine est entretenue et encouragée, la variole a été rarement observée et facilement réprimée au moment de son apparition.

» 2°. La vaccine est toujours l'unique et infaillible moyen à opposer aux ravages des épidémies varioliques.

» 3°. Tous les vaccinateurs reconnaissent que le virus-vaccin n'a éprouvé aucune altération par suite de ses transmissions successives.

» 4°. Plusieurs médecins ont rapporté des observations de varioles chez des individus vaccinés et même variolés ; mais tous ont reconnu que dans ces cas très-rares la variole avait toujours été modifiée d'une manière avantageuse et incontestable. La correspondance à cet égard n'a pas offert un seul exemple suivi d'une terminaison funeste.

» 5°. De nombreuses vaccinations ont été pratiquées ; elles n'ont servi en général qu'à constater l'efficacité de la première vaccination ; lors même qu'elles ont réussi, leur utilité n'est point encore assez démontrée pour que l'Académie dût les recommander d'une manière spéciale. »

Nous n'ajouterons que peu de mots à ces conclusions de l'Académie. On a vu que plusieurs des questions qui ont agité ses dernières séances se trouvaient résolues par avance par les recherches des vaccinateurs des départemens. Mais un fait d'une toute autre importance appelle ici l'attention. Malgré la circulaire du ministre, le zèle des préfets et des vaccinateurs, et dans quelques départemens malgré les récompenses offertes, la vaccine s'est étendue à peine sur le tiers des naissances ; et si dans les départemens où elle est propagée, la variole s'est encore montrée si fréquemment, quels ravages n'a-t-elle pas dû faire dans les autres ? Tout ceci n'indique-t-il pas que les mesures de pro

pagation prises jusqu'à ce jour sont insuffisantes ; et pour un objet qui intéresse à un si haut degré la santé publique et toute la population, si la législature avertie portait une loi qui prescrivit impérieusement la vaccine pour tous les enfans nés en France, ne serait-ce pas un immense bienfait pour le pays?

GAZETTE DU 12.

PATHOLOGIE INTERNE.

Recherches sur le rhumatisme des parois thoraciques, par M. Gauder, D.-M. P.

Cette maladie a été peu étudiée ; tous les auteurs qui ont traité du rhumatisme ne l'ont décrite que très-incomplétement: Baillou l'a mentionnée seulement sous le nom de pleuritis dorsalis. Les articles. Rhumatisme des dictionnaires de médecine les plus nouveaux constatent son existence sans entrer dans le moindre détail.

J'essaie aujourd'hui de remplir cette lacune en déterminant ses causes, son siége, ses relations avec d'autres maladies, les circonstances de sa marche, son mode de traitement et, s'il se peut, sa nature. J'ai vu un assez bon nombre de ces rhumatismes, durant les mois d'hiver qui viennent de s'écouler, sous l'influence d'une constitution médicale qui a fait prédominer, entre toutes les autres maladies, les affections rhumatismales et les phlegmasies thoraciques. Je les ai vus à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Lerminier, auprès de qui les bons exemples ne manquent pas plus que les facilités de tout genre, à ceux qui se livrent à l'observation médicale.

M. Genest a fait, pour le rhumatisme des parois abdominales, ce que j'entreprends ici pour celui du thorax. Nos sujets, quoique relatifs à une maladie de même nature, se ressemblent moins qu'on ne serait tenté de le penser au premier examen, ce qui tient à la différence du siége de cette maladie dans l'un et l'autre cas. Je suis persuadé que la tâche que nous avons accomplie tous deux est praticable pour le rhumatisme de l'épicrâne et pour celui de tous les organes internes munis d'un appareil musculaire.

§ I. Prédispositions, causes.

Le rhumatisme thoracique s'observe le plus souvent chez des individus vigoureux, arrivés à la jeunesse confirmée ou à l'âge adulte, doués des attributs physiologiques du tempérament athlétique et adonnés à des travaux qui les exposent aux intempéries des saisons et à des brusques variations de température. Parmi eux, on rencontre ordinairement des blanchisseuses, des boulangers, des charretiers, des colporteurs, des carriers, des raffineurs de sucre, des serruriers, des gens obligés à des cours dans les rues de Paris en toute saison et par tous les temps.

Avant d'entrer dans la description du rhumatisme thoracique, je veux en présenter un exemple choisi parmi les cas les plus simples, et qui suffira à faire connaître quelle espèce de maladie doit faire le sujet de cet article.

Obs. I. — Un charretier, âgé de 33 ans, homme musculaire, de taille ramassée, de poitrine ample, avait des douleurs thoraciques depuis trois semaines. Il n'avait jamais eu de toute sa vie de douleur rhumatismale aux articulations. Il sentait de la douleur en toussant sous l'aiselle gauche. La pression était sensible au bord inférieur du grand pectoral en avant, et à un point de ce muscle plus supérieur et plus rapproché de la ligne médiane, au niveau de son insertion supérieure. Ces divers points étaient sensibles dans l'action de parler. Dans les efforts d'inspirations la douleur s'étendait de bas en haut de l'aiselle à la partie supérieure du grand pectoral. Il se couchait sur le côté gauche sans éprouver d'autre incommodité que de sentir des battemens du cœur.

Il fut saigné sans couenne et eut sur les points douloureux 80 sangsues qui versèrent beaucoup de sang. Après cette perte de sang, il sentait moins de douleurs ; quelquefois elles étaient nulles ou ne se développaient qu'en toussant. Quand il se trouvait couché sur le côté gauche, il se réveillait avec du picotement occupant le même siége, et ressentait alors des sensations douloureuses en respirant, dans tout le trajet du grand pectoral de dehors en dedans.

Il est sorti dans cet état.

§ II. Invasions.

Après avoir été mouillés par une pluie froide ou exposés à l'impression d'un air automnal ou hivernal, lorsqu'ils étaient couverts de sueur, la plupart des individus sont pris quelquefois subitement de frissons, de malaise, de symptômes fébriles et d'une douleur sternale augmentant surtout par l'ampliation des côtes. D'autres fois, ce résultat arrive graduellement, après qu'ils ont subi un certain nombre de fois l'influence de ces causes morbides. Dans les deux cas la douleur sternale projette le plus souvent des irradiations vers l'un ou l'autre côté de la ligne médiane onze fois sur treize vers le côté gauche. Bientôt en quittant, ou sans quitter le sternum, elle se fixe en un ou plusieurs points de ce côté. Là, elle varie de place, sans abandonner jamais ou presque jamais, la région antérieure. Il n'est pas rare qu'elle se développe en même temps à la partie latérale correspondante du col, à l'épaule et jusque dans la continuité du bras. D'autres fois, par l'action des mêmes causes, la douleur débute sans passer par le sternum, en s'établissant au côté antérieur gauche de la poitrine, tantôt sous la forme de points multiples, mais isolés et circonscrits ; tantôt en occupant une large surface. Ailleurs, par l'étendue que cette douleur occupe, elle se prête peu à la dénomination qu'on peut lui donner jusqu'ici de pleurodynie rhumatismale. Quelquefois, en effet, elle commence tout d'abord par occuper toute la région antérieure du thorax, et les malades se plaignent alors d'éprouver une gêne douloureuse à développer les côtes dans les mouvemens inspiratoires ; ils la comparent à celle qui résulterait d'un plastron ou d'une cuirasse qui péserait sur eux ; ou bien elle comprend seulement la moitié inférieure gauche de cette région et s'étend aux deux tiers supérieurs correspondans des parois abdominales ; ou bien enfin elle part de l'un des points pleurodiniques du thorax en avant, et arrive, en descen-

dant à travers l'épaisseur de ces derniers, jusqu'à la hanche et à l'aine gauches.

J'ai vu ce rhumatisme n'être qu'une pleurodinie sous-mammaire et précordiale, et coïncider avec une douleur dorsale, laquelle prenait son point de départ au niveau de la colonne épinière et jetait des prolongemens vers le côté du thorax, comme si elle tendait à se réunir avec la douleur antérieure. Dans un autre cas, après avoir envahi d'abord l'intervalle des deux omoplates, la fosse sous-épineuse gauche et un espace assez étroit au-dessous d'elle, il tourna latéralement et vint se fixer en dehors du mamelon. Dans un second cas, il demeura postérieur ; après s'être établi entre les deux épaules, il remonta derrière le col jusqu'au sommet de la tête, en suivant la ligne médiane.

Quelquefois on assiste, pour ainsi dire, au début du rhumatisme thoracique. Des malades, séjournant à l'hôpital pour une arthrite d'une ou de plusieurs jointures, sont saisis tout à coup par une douleur bornée à un point de la région antérieure gauche du thorax.

§ III. Siége.

Quand on veut déterminer rigoureusement le siége et l'étendue occupés par cette douleur rhumatismale, on les trouve en relation exacte avec la situation et les attaches aponévrotiques des muscles qui révèlent les parois thoraciques. La douleur sternale siége aux aponévroses entrecroisées des muscles pectoraux. Quand elle se localise sur l'un des côtés en avant, elle est fixée à la totalité ou à une partie du grand pectoral. On l'a vue s'isoler à son bord épais qui forme le rebord antérieur de l'aisselle, ou se circonscrire à la moitié inférieure qui recouvre les précœurs, et se faire sentir en même temps en un point limité de son insertion claviculaire. Elle se borne quelquefois en bas à une petite portion de ce muscle, et s'étend à la fois à la partie costale et aux deux tiers supérieurs correspondans du muscle grand oblique et de l'aponévrose de l'abdomen. D'autres fois, elle tient ce dernier muscle dans toute sa hauteur, sans excepter ses attaches iliaque et pubienne. Latéralement, elle paraît résider dans les digitations charnues et tendineuses du grand dentelé et dans une partie de celles du grand oblique. Quand elle existe au milieu ou sur l'un des côtés de la région dorsale, elle siége à l'aponévrose d'insertion vertébrale du trapèze, et irradie de là à travers les fibres du grand dorsal et quelquefois du sous-épineux, ou bien remonte cette insertion jusqu'en haut et envahit une plus ou moins grande étendue de l'aponévrose épicrânienne. Si elle se montre au col ou à l'épaule, c'est qu'elle se confine, d'une part, au sterno-mastoïdien et au scalène antérieur, et de l'autre à l'attache acromiale commune aux muscles trapèze et deltoïde, en endolorissant une partie des fibres charnues de ce dernier.

Je cite ici une seconde observation destinée à faire connaître comment le rhumatisme se localise en un ou plusieurs points faciles à déterminer anatomiquement.

Obs. II. — Un boulanger, âgé de 36 ans, habitant Paris depuis treize ans, ayant une douleur au bras gauche, avec contracture du coude, a un rhumatisme thoracique.

Vers le 20 décembre, il ressentait une douleur brûlante à deux pouces au-dessous de l'omoplate gauche. Elle tourna comme une boule et se fixa en avant et au côté externe du téton gauche. Il vint le 4 janvier et fut vu le 6. Sa douleur était fixée à un pouce et demi du téton gauche, dans une étendue transversale de deux pouces. En respirant il ne sentait que de la gêne; en soulevant le tronc, elle devenait plus latérale. Il n'avait pas des palpitations; il avait la respiration longue en montant et de tout temps il éprouvait de l'oppression à se coucher sur le côté gauche. Les battemens du cœur étaient normaux; la pression ne faisait rien à la douleur; il toussait un peu et la toux y retentissait. La nuit il y avait un peu de transpiration. Le pouls était naturel; appétit.

Le 7, la douleur était plus forte que la veille; elle était réveillée par le toucher. (24 sangsues locodolent.)

Le 9, la douleur s'allongea en bas jusqu'à la hanche gauche et se fixa à l'aine.

Le 10, ce n'était plus qu'une gêne sous-mammaire qui ne se développait que lorsque le malade voulait faire un effort violent des muscles du bras gauche.

Sorti le 13 janvier.

§ IV. Symptômes locaux.

Ce rhumatisme se fait sentir quelquefois aux malades sous la forme d'une douleur très-forte ou de gêne plus ou moins pénible dans les mouvemens respiratoires ordinaires. Constamment les inspirations forcées développent l'une ou l'autre. La parole amène assez rarement ce résultat. Il était commun sous l'influence de la constitution atmosphérique de cet hiver, que les rhumatisans fussent affectés d'un certain degré de bronchite. Dans ces cas, la toux réveillait vivement leurs douleurs, en ébranlant la cage thoracique. Si le rhumatisme est antérieur, latéral ou postérieur, le décubitus correspondant est pénible ou impossible. Le coucher latéral est de plus rendu difficile par le sentiment des battemens du cœur et les rêves sinistres qu'il cause aux malades.

Dans toutes ces circonstances les douleurs sont vagues sous le rapport de l'espace qu'elles occupent, et sont difficiles à délimiter. La pression extérieure, au contraire, sert parfaitement à le localiser et à les circonscrire. Ce moyen simple d'exploration développe aux points indolores une sensibilité obtuse qui, cessant à leurs limites, permet d'en mesurer exactement l'étendue. Chez les femmes cette sensibilité n'est éveillée par la pression qu'au-dessus et au-dessous de la mamelle, bien que leurs sensations prouvent que le point subjacente à cette glande participe à l'endolorissement. Cette sensibilité diffère de la douleur propre au point pleurétique, autant par son caractère multiple et son étendue que par sa nature.

Ce qui arrive dans la pleurésie s'observe pour la même raison dans le rhumatisme thoracique. La paroi costale se développe moins amplement du côté malade que du côté sain, elle semble se mouvoir d'une seule pièce dans son élévation respiratoire. La respiration pulmonaire est faible, mais nette et pure partout. La percussion fournit un son égal des deux côtés, mais il n'est pas clair. La faiblesse du murmure respiratoire et l'obscurité du son pectoral me semblent tenir à une seule et même cause. Les côtes se dilatant moins que de coutume,

il pénètre moins d'air dans les vésicules pulmonaires à chaque inspiration, par conséquent le malade doit éprouver de la dyspnée, et il en éprouve en effet. La respiration doit diminuer d'intensité, et la poitrine perdre de sa sonorité. Autre preuve : quand les souffrances ont cessé ou se sont fort affaiblies, le déplissement pulmonaire prend de la force et s'entend plus distinctement. J'ai constaté une fois aussi que la poitrine redevenait plus sonore.

§ V. Marche et durée.

Il est de la nature de ces douleurs de se déplacer d'elles-mêmes ou à l'occasion d'un changement d'attitude, en quittant définitivement leur point de départ, ou bien de s'étendre progressivement d'un point à un autre.

Excepté que le rhumatisme ne s'étende aux organes de la poitrine, ou ne soit compliqué d'une arthrite aiguë, cas où le pouls se montre quelquefois d'une fréquence extraordinaire ou se conserve plein et fort jusqu'à la déplétion suffisante du système veineux, ce n'est pas le plus ordinaire que les malades présentent un mouvement fébrile accompagné de céphalalgie, de soif, d'inappétence, etc. S'ils le ressentent au début il cesse au bout d'un ou deux jours et leur appétit reprend bien avant que leurs souffrances n'aient commencé à diminuer. Malgré cette apyrexie, ils ont généralement de l'insomnie, de la céphalalgie et d'abondantes et continuelles transpirations, ce qui les rend très-sensibles à la moindre impression d'un air froid.

Lorsque ces malades arrivent, ils souffrent déjà depuis long-temps sans avoir quitté leurs occupations; ils supportaient leurs douleurs depuis quinze jours, un mois, deux et trois mois. Ce qui les faisait venir demander du soulagement, c'est qu'ils se lassaient de l'attendre du temps, ou bien que leurs douleurs s'étaient exaspérées et leur avaient rendu tout travail impossible. Quelle que soit l'époque où ils aient commencé à souffrir, quelques jours d'un traitement rationnel suffisent à les faire disparaître entièrement, ou à les diminuer, ou à les réduire à un sentiment de gêne. La durée, au contraire, dans le cas de complication, s'augmente de toute celle qui est propre à une phlegmasie thoracique.

§ VI. Complications.

Ce paragraphe serait mieux désigné peut-être par ce titre : « Extension du rhumatisme thoracique aux organes intérieurs. »

J'ai dit que le rhumatisme des parois thoraciques se développait au côté gauche dans la très-grande majorité des cas. De cette circonstance naissent quelques-uns des faits les plus importans du diagnostic médical.

Avec la douleur les rhumatisans se plaignent pour la plupart de dyspnée, d'étouffemens et de palpitations. Ces symptômes sont passagers, mais reviennent souvent, spontanément, ou lorsqu'ils montent ou précipitent le pas. Tous s'accordent à dire qu'ils n'éprouvaient rien de semblable avant l'apparition de leur maladie. A l'auscultation on trouve généralement chez eux les battemens du cœur secs, énergiques, mais sans impulsion ni bruit. La dyspnée et les étouffemens sont tellement liés à la part que la fibre charnue ou l'enveloppe séro-fibreuse du cœur prend au rhumatisme de la paroi thoracique, qu'il m'est arrivé de ne pas les rencontrer chez un malade qui n'avait ni palpitations ni battemens anormaux du cœur examiné au cylindre, bien qu'il éprouvât dans l'état de santé une certaine dyspnée à se coucher sur le côté gauche. Bichat dit quelques mots sur cette transmission d'une maladie rhumatismale de l'extérieur à l'intérieur; c'est un fait analogue à celui qui a été signalé par M. Genest dans les rhumatismes des parois abdominales, lesquels s'accompagnent fréquemment de vomissemens. La participation du cœur ou de son enveloppe à l'affection voisine, est susceptible de se montrer sous une forme bien autrement grave. Chez un malade qui n'avait présenté jusque là qu'un état d'apyrexie complète, on observe un jour une accélération extrême du pouls. Différens signes qui surviennent bientôt après ne permettent pas de confondre les nouveaux accidens avec un mouvement fébrile ordinaire. L'observateur voit se dessiner sous ses yeux une série de symptômes qui appartiennent à l'irritation rhumatismale du cœur, et peut-être du péricarde. Le sang tiré de la veine devient éminemment couenneux. Après la cessation des accidens les plus graves, les palpitations restent quelque temps douloureuses; le malade éprouve à chaque systole une sensation particulière; il lui semble que le cœur est douloureux à chaque contraction, lorsqu'il monte ou court, et même lorsqu'il est en repos. Ceux chez qui a existé cette espèce de rhumatisme, sont exposés à le voir se renouveler à l'occasion d'un simple refroidissement, et finissent presque toujours, après plusieurs atteintes, par présenter dans l'habitude de leur vie les signes d'une hypertrophie du cœur. J'ai toujours été étonné que ces faits n'aient pas trouvé une place dans la description de la cardite, au lieu des détails vagues et des conclusions hasardées qu'on y rencontre, et qui ne permettent pas de distinguer la phlegmasie des fibres du cœur, de celle de son enveloppe.

C'est d'après la même loi de physiologie pathologique signalée pour la première fois par Corvisart et son école, qu'on voit des arthrites aiguës cesser tout à coup et donner lieu, par une sorte de métastase, à des péricardites le plus souvent mortelles; qu'on voit des malades affectés de rhumatisme inflammatoire, se plaindre d'éprouver des palpitations pour la première fois de leur vie : qu'on voit enfin des maladies de cœur s'exaspérer et marcher rapidement vers une terminaison funeste, sous l'influence de douleurs aiguës d'une ou de deux articulations.

Un double phénomène qui est particulier à l'angine de poitrine, qui se retrouve quelquefois chez les rhumatisans et qui est aussi la conséquence de l'extension de leur maladie aux fibres charnues du cœur, c'est la contriction du larynx et des irradiations douloureuses dans la continuité du bras gauche. L'un et l'autre sont passagers; ils viennent spontanément après une douloureuse contraction du cœur, ou bien quand les malades montent ou forcent le mouvement respiratoire des côtes. La raison de ces deux phénomènes me semble facile à donner. Le cœur souffre et transmet, par le moyen des anastomoses de ses nerfs et de son plexus, ses sensations aux filets laryngiens du nerf vague, lesquelles entraînent le serrement spasmodique de la gorge, d'après des lois de sympathie nerveuse à nous inconnues. Les communications moins directes de l'appareil nerveux du cœur avec les nerfs du plexus brachial, donnent lieu au même résultat dans une étendue plus ou moins

grande du membre supérieur gauche. Rien ne paraîtra plus naturel que de rencontrer un symptôme commun à deux maladies, dont l'une a son siége dans le tissu du cœur, et l'autre est regardée jusqu'ici comme une névrose des organes de la respiration et de la circulation.

Voici l'exemple d'un individu qui présenta quelques-uns des phénomènes précédens.

Obs. III. — Un boulanger, âgé de 25 ans, ayant de l'embonpoint, une haute taille, une poitrine vaste, des muscles athlétiquement développés, quoiqu'avec des chairs molles, entra à l'hôpital de la Charité pour une maladie qu'il avait eu déjà sept mois auparavant.

Dans les variations de température, il éprouvait seulement des douleurs lombaires, et il devenait frileux; mais il n'avait jamais eu de douleurs articulaires.

Il souffrait depuis deux mois au niveau du mamelon gauche. La douleur avait débuté par le milieu du sternum, et irradiait de temps en temps du côté gauche, en avant et jamais à droite. La pression sternale était douloureuse. Malgré tout il continua pendant quelque temps ses rudes travaux. Mais depuis douze jours, il les avait quittés et depuis quatre il avait commencé à tousser. Quand on l'examina, il dormait assez bien; il était constamment dans des alternatives de sueur et de froid. La douleur thoracique était indécise, sous le rapport du siége, mais elle ne dépassait pas les limites du grand pectoral. Elle se développait sans et avec l'inspiration forcée et les efforts de toux. On voyait les parois costales se développer moins du côté gauche; elles se soulevaient d'une seule pièce. Cette douleur se faisait sentir à la pression dans certains points de son étendue. En dehors et au-dessus du mamelon, elle ne se développait pas. Parfois, le malade éprouvait un serrement douloureux de la gorge, surtout quand il forçait le mouvement de l'inspiration. Il avait des battemens du cœur qui lui causaient de l'étouffement quand il montait ou courait. Il ne pouvait se coucher du côté gauche; il avait le pouls peu calibré, sans aucune fréquence. Une fois, il se montra petit et un peu accéléré. — Examiné au sthétoscope, le murmure respiratoire était égal partout. La percussion ne donnait qu'un son très-obscur.

Les battemens du cœur étaient un peu secs, mais sans impulsion ni bruit.

Quelques jours après, le malade se trouvait faible; mais il souffrait moins de sa douleur. Elle était descendue au-dessous du mamelon; il comparait son étendue à celle de la main. Elle se localisait là d'une manière distincte, pour la pression et l'inspiration forcée. Ni l'un ni l'autre ne faisaient plus rien éprouver au niveau de l'espace occupé par le grand pectoral; mais la première était encore un peu sensible au tiers inférieur du sternum. Il n'y avait plus de serrement à la gorge. Paroxismes de sueur générales.

Le 1er février, il respirait librement sans aucune gêne aux points précédemment douloureux. Le malade avait encore sué la veille. Il sentait de l'appétit; mais il avait peu de sommeil; pouls calme.

Le 3, toute espèce de douleur locale avait cessé. Il était évident que le murmure respiratoire s'entendait plus distinctement.

Sorti le 5 février

Cette irritation rhumatismale, qui se transmet des parois thoraciques au cœur par analogie de tissu, se porte quelquefois à la plèvre et au poumon en vertu seulement de la contiguité des parties. Une simple douleur rhumatismale devient une pneumonie ou une pleuro-pneumonie du côté rhumatisant. Dans le premier cas, la pleurodynie disparaît incontinent; dans le second, elle disparaît aussi, mais pour faire place à la véritable douleur pleuritique, inamovible, bien circonscrite pour le malade. Tous les signes locaux et généraux de ces maladies, tels que toux, crachats sanglans et visqueux, matité, souffle bronchique, fièvre forte, dyspnée, se dessinent avec promptitude et intensité. Après la résolution de la phlegmasie thoracique, j'ai toujours vu le rhumatisme pleurodynique reparaître affaibli, il est vrai, à son siége primitif. C'est par une transmission semblable que le rhumatisme des parois abdominales, qu'on a jusqu'ici confondu avec la péritonite, revêt quelquefois en réalité les caractères de celle-ci.

L'observation suivante montre le développement et la marche de cette complication pleuro-pneumonique.

Obs. IV. — Un colporteur, âgé de 49 ans, homme fortement constitué, d'une apparence virile qui n'aurait pas laissé soupçonner son âge, entra le 19 novembre, avec des douleurs aux articulations des pieds et des genoux.

Le 26, étant levé, il fut pris de frisson, de fièvre et d'une douleur ayant son siége au-dessus et au côté externe du téton gauche, qui se développait dans les mouvemens respiratoires.

Le 28, il eut une saignée couverte d'une légère couenne. Le lendemain son pouls plein et fort exige une nouvelle émission sanguine, laquelle fut suivie d'une troisième. La douleur des pieds et des genoux était fort diminuée.

Le soir du 28, fièvre.

Le 30, il se plaignait de ne pas dormir et d'avoir soif. Sa douleur occupant le même siége avait une étendue plus longue que large. La pression était douloureuse au-dessus et en dehors du téton, et se prolongeait jusqu'au bord antérieur de l'aisselle formé par le grand pectoral. Le malade suait beaucoup et toussait pour la première fois. Il n'avait pas de fièvre. Il avait des palpitations qui duraient peu. Sentiment d'oppression.

Le lendemain, les signes d'une pleuro-pneumonie se dessinèrent. (Saignée.) Crachats visqueux, virescens; toux nocturne, sèche, avec insomnie fatigante. Respiration haute; paroles entrecoupées; respiration puérile du côté droit; nulle avec matité en arrière du côté gauche. Soif inextinguible; bords de la langue rouge; dents sèches; peau chaude. Fièvre forte.

Le 5 décembre, sueurs abondantes; en arrière et à gauche râle crépitant vers la fin de l'inspiration. Respiration bronchique et bronchophonie au niveau de l'omoplate; crachats bilieux et en petite quantité. Langue rouge, soif; constipation; pouls non accéléré. (Sangsues au côté gauche latéralement).

Le 9, le point douloureux était revenu en avant et comprenait le mamelon, depuis que la résolution de la pneumonie s'était faite. Dans cet endroit, nulle espèce de râle; la respiration était nette, autant que du côté droit. L'inspiration faisait sentir la douleur mammaire. Sentiment de faiblesse générale; sueur légère dans la nuit; toux grasse: crachats cuits, verdâtres; bouche amère; moins de soif, sentiment d'appétit avec fausse appréciation des qualités sapides des alimens, pouls souple, beaucoup moins accéléré.

Le lendemain la fièvre cessa. Le 16, il existait à peine de sensation ponctive au téton gauche. La toux était modérée; sommeil; appétit violent. Le malade sortit dans un état de faiblesse assez grand. Huit jours après, il rentra parce qu'il avait gagné du froid; mais il souffrait peu et sortit enfin définitivement guéri.

§ VII. Traitement.

La saignée locale et générale, prescrite et répétée dans les proportions de la force des malades et de l'intensité des douleurs, réussit constamment dans le traitement du rhumatime thoracique. L'effet ordinaire d'une première saignée est 1° de diminuer le nombre des points douloureux, comme si elle rétrecissait la sphère d'action du rhumatisme; 2° d'affaiblir celui-ci dans une telle proportion que le siége des douleurs ne peut plus être délimité; tout au plus la toux, la respiration forcée et le décubitus sur le côté malade les développent-elles à un certain degré; 3° de faire changer de place seulement la pleurodynie; de la partie antérieure elle passe au côté et vice versâ, ou se réfugie à l'épaule correspondante. Par un effet simultané, les palpitations disparaissent ou s'amoindrissent beaucoup. C'est alors que des sangsues et des cataplasmes émolliens, appliqués sur le le lieu resté douloureux, enlèvent les derniers vestiges de la maladie. Les boissons diaphorétiques et les bains simples ou les bains de vapeurs suffisent, avec les évacuations de sang, pour amener le malade à une parfaite guérison, ou du moins à un état qui ne lui cause qu'une sensation de gêne facile à supporter. Le sang refroidi ne se montre jamais coueneux, excepté dans le cas où il coexiste un rhumatisme articulaire, une fluxion de poitrine ou une complication cardiaque. Dans ce cas, force est de répéter les émissions sanguines locales et générales selon le besoin, et même d'insister sur les vésicans à l'endroit du point pleurétique.

§ VIII. Convalescence.

Lorsque les rhumatisans sortent pour la première fois de leur lit, il est ordinaire que leurs douleurs reparaissent, non plus avec leur caractère de localisation à tel ou tel point, mais vagues et diffuses sur un grand espace. Il semble que les muscles thoraciques et leur fibres aponévrotiques soient endolorées, et qu'ils souffrent à l'occasion de la part qu'ils prennent à la sation et à la marche. En effet, pour ceux qui se sont plaint d'un point circonscrit du grand, pectoral, ce point reparait après qu'ils se sont considérés comme guéris, à l'occasion, par xemple, d'une violente contraction de ce muscle pour ramener le bras vers le tronc.

Après leur guérison, rien n'est si commun que de voir les malades perdre le fruit de tout leur traitement, et revenir avec les souffrances dont ils avaient été débarrassés. Il leur suffit de s'exposer au plus léger refroidissement. Cette rechute entraine un genre de douleurs rebelles aux moyens précédemment employés. Il faut un long usage de bains et souvent le retour d'une saison chaude pour les voir entièrement cesser; encore les malades se plaignent-ils d'éprouver au côté malade une sensation étrange, anormale, quand ils respirent fortement.

§ IX. Nature.

Je me suis demandé si je devais supposer qu'il pût s'élever un doute sur la nature rhumatismale de la maladie qui fait le sujet de cet article. Quelque éloigné qu'il soit de mon esprit et de tous ceux qui ont observé des faits pareils aux miens, j'ai cru devoir compléter mon histoire en rassemblant en peu de mots tous les caractères d'analogie qui identifient pour moi, quant à leur nature, le rhumatisme des parois thoraciques et le rhumatisme des articulations.

1° Les causes qui amènent le premier sont les mêmes que celles qui donnent lieu au second.

2° Du moment où un individu en est entrepris, il devient impressionnable au froid humide. Il ne sent de bien-être que par les temps secs, et recherche les rayons du soleil. Après la guérison, il reste sensible aux changemens de température, lesquels lui apportent souvent des douleurs vagues au thorax et aux lombes.

3° Ces douleurs sont essentiellement mobiles.

4° Elles sont soulagées ou guéries par les émissions sanguines.

5° On les voit quelquefois alterner avec l'arthrite; d'autres fois naître sous son influence et entraîner son affaiblissement ou survenir chez des individus qui avaient eu, à des époques plus ou moins reculées, une arthrite fixe ou mobile.

6° Les hommes parvenus au déclin de l'âge adulte s'en débarrassent bien plus difficilement que les individus plus jeunes.

Tout ceci prouve seulement que le rhumatisme thoracique est une maladie qui a même cause, mêmes caractères, qui réclame même traitement que celui des articulations; mais cette analogie est moins complète sous le rapport des parties qu'ils affectent. Qui ne connaît l'arthrite? Il y a long-temps qu'on admet un rhumatisme musculaire. Je crois que celui qui m'occupe est à la fois musculaire et fibreux, et non de la nature des névralgies, comme on l'a écrit tout récemment. Je vais tâcher d'en fournir quelques preuves. 1° On ne le voit se développer que là où il y a des fibres charnues ou aponévrotiques; 2° il chemine le plus souvent suivant le trajet des fibres musculaires et tendineuses; 3° Dans sa progression il suit des trajets qui n'affectent pas les nerfs connus. J'ai bien vu le rhumatisme musculaire suivre de près une sciatique gauche, mais ce fait ne suffit pas à établir sa nature névralgique.

Ici resterait à scruter la nature intime du rhumatisme, question qui se représente à tous ceux qui observent une nuance de cette maladie. Dans ce sujet, tout se réduit à la connaissance des rapports qui existent entre la cause et l'effet, et tout peut se résumer en cette formule : Une cause donnant lieu à un rhumatisme des muscles ou des articulations, de quelle nature est la modification subie par les élémens anatomiques des muscles et des articulations? Je ne me hasarderais au milieu des difficultés de cette question que si je savais en retirer quelque instruction pour moi ou pour les autres. Si je ne me trompe, ce genre d'étude est vain dans l'état actuel de notre science.

GAUDET.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS. (Février 1834.)

Les seuls journaux anglais que nous ayons à analyser pour le mois de février, sont la Lancette et la Gazette médicale de Londres, qui toutes deux sont beaucoup moins riches que de coutume en mémoires ou articles originaux. Voici donc tout ce que nous avons trouvé d'important pour la science; le reste se compose d'observations détachées et de peu d'intérêt.

Hémorrhagie fournie par un ulcère, et remplaçant l'écoulement menstruel; par W. Greenwood.

Obs. — J. F..., âgée de 18 ans, grande fille, maigre, me consulta pour deux larges ulcères, dont l'un s'étendait depuis environ un pouce au-dessous du grand trochanter jusqu'au pubis vers l'endroit où il s'articule avec le sacrum; l'autre s'étendait depuis l'épine jusqu'aux dernières fausses côtes près du sternum. Ils offraient un aspect peu favorable, avaient des bords saillans et irréguliers et fournissaient une suppuration claire et d'une odeur fétide.

L'existence de ces deux ulcères remontait à plusieurs mois; ils étaient le résultat d'une brûlure pour laquelle la malade avait consulté plusieurs médecins et suivi des traitemens différens sans que les ulcères montrassent la moindre disposition à se cicatriser. Ses menstrues qui jusqu'alors étaient revenues assez régulièrement cessèrent alors de paraître et furent remplacées aux époques où elles devaient venir, par l'écoulement d'une certaine quantité de sang fourni par la surface des ulcères et qui continuait pendant douze ou quatorze heures, et quelquefois durant plusieurs jours. Ses seins étaient très-peu développés; sa voix était forte et dissonnante, et sa marche n'indiquait pas qu'elle appartînt au sexe féminin.

Je fis pratiquer plusieurs incisions sur les bords des ulcères qui furent lavés avec l'acide nitrique étendu et rapprochés avec des bandelettes agglutinatives. J'ordonnai en outre des pilules purgatives et une potion légèrement stimulante.

Etant venu voir la malade le jour où elle attendait ses époques, je trouvai une certaine quantité de sang grumeleux qui suintait à la surface des ulcères. Elle se plaignait de douleurs dans le dos et dans les cuisses, et éprouvait de l'agitation. Les ulcères furent pansés avec un cérat doux et l'écoulement s'arrêta au bout d'environ onze heures.

La potion fut remplacée par la décoction composée d'aloës et elle ne dut prendre que plus rarement ses pilules qui avaient déjà agi sur la bouche (elles contenaient du calomel). Depuis cette époque le caractère des ulcères fut changé; ils offraient un meilleur aspect et des bourgeons charnus se montraient à leur surface. A la fin du mois, il y eut un léger écoulement de sang par la vulve, et il n'en parut pas du tout à la surface des ulcères; et depuis cette époque, le sang a constamment suivi la voie naturelle. Les mamelles ont augmenté graduellement de volume; sa voix a perdu sa dureté, et les ulcères se sont presque complétement cicatrisés. Depuis, l'exercice lui a rendu l'appétit; une bonne alimentation lui a fourni des forces, et elle a pu retourner à la campagne où elle a repris ses occupations habituelles.

Observation d'un cas de tic douloureux du nerf poplité; par S. Snow.

Obs. — M. B..., âgée de 38 ans, éprouvait depuis plusieurs années une douleur névralgique bien grave dans un rameau du nerf péronien, situé près de la malléole externe où l'on remarquait une petite tumeur blanchâtre. Les paroxismes viennent toujours le matin aussitôt que la malade pose le pied par terre, et durent pendant une heure, quelquefois toute la journée avec quelques intermissions. Si on exerce une pression vers la troisième vertèbre lombaire on détermine une douleur qui, au rapport de la malade, suivrait la direction du nerf sciatique à la cuisse et à la jambe jusqu'auprès de la malléole. Des sangsues, des vésicatoires et d'autres moyens analogues ont été employés sans succès.

Il y a trois ans cette dame a eu une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle elle est restée hémiplégique; cependant elle a fini par guérir; n'ayant pas complétement recouvré la mémoire et conservant toujours sa douleur névralgique. Après avoir subi plusieurs traitemens différens, elle fut enfin soumise à la médication par le carbonate de fer qu'elle dut prendre de la manière suivante:

Carbonate de fer,	2 onces.
Rhubarbe en poudre,	2 gros.

A prendre quatre fois par jour.

En moins de huit jours, la dose fut portée à une demi-once et même à une once quatre fois par jour, qu'elle continua à prendre avec beaucoup d'exactitude jusqu'au 19 octobre, employant aussi chaque jour l'affusion froide. Au bout de ce temps, la douleur avait complétement cessé, et la malade pouvait marcher librement. Cependant sa mémoire était imparfaite, mais la santé générale était bonne et la sensibilité à la pression sur la colonne vertébrale avait complétement disparu.

Il est à regretter que l'observation ait été rapportée aussi brièvement: nous eussions aimé à y trouver quelques détails. Sur les progrès de l'amélioration, nous aurions pu juger plus facilement de l'efficacité des moyens employés. Cependant comme la malade souffrait depuis plusieurs années, il est très-probable que c'est à l'influence du carbonate de fer que l'amélioration doit être attribuée; et ce fait est surtout intéressant sous ce point de vue, savoir que ce n'est pas au bout de quelques jours de l'emploi de ce moyen dans les cas de névralgie, lorsqu'il n'a pas encore produit d'amélioration, que l'on doit l'abandonner comme nous le voyons faire chaque jour. Chez la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, le traitement a été suivi pendant plus de deux mois et demi, et le carbonate de fer administré à des doses très-fortes.

Paralysie d'un côté de la face.

Tous les journaux anglais ont rapporté une remarque faite par M. Brodie à ses élèves à l'hôpital St-Georges, lorsqu'il leur parla de la paralysie de la face dont venait d'être frappé M. Dupuytren. « Je ne me rappelle pas un seul cas de cette maladie dont le sujet n'ait fini par guérir complétement. Cette paralysie ne dépend pas d'une lésion du cerveau, mais d'une maladie de la portion dure. » Bien que

l'assertion de M. Brodie soit vraie prise d'un manière générale, cependant on ne peut dire absolument que tous les sujets qui sont atteints de la paralysie de la face, finissent tous par guérir. Pour trouver des preuves du contraire, M. Brodie n'aurait eu qu'à parcourir les ouvrages de ses compatriotes Ch. Bell et Abercrombie.

Un médecin qui avait éprouvé la même maladie, et qui n'avait guéri qu'au bout de huit années, rapporte ici lui-même son observation.

Obs. — Le 11 janvier 1824, je fus appelé de très-bonne heure auprès d'une femme qui était en mal d'enfans et demeurait à quatre ou cinq milles de chez moi. Le cas étant urgent, je pris à la hâte quelques vêtemens et me contentai de m'entourer le col d'une grosse cravate. Pendant la route, je fus exposé à un vent très-froid, et je sentis un froid assez vif au côté et à la face. Une heure après mon arrivée, l'accouchement fut terminé; mais je restai quelque temps pour prendre le thé avec les personnes qui entouraient l'accouchée, et pendant un moment de gaieté j'éprouvai, à mon grand étonnement, une sensation particulière et une immobilité du côté gauche de la face; je me tournai aussitôt vers un miroir, et je reconnus que j'avais le côté gauche de la face tout de travers. Jusqu'alors j'avais joui d'une parfaite santé. J'étais âgé de 25 ans et je menais une vie très-régulière. Pendant deux années, le côté gauche de la face avait tellement perdu toute motilité, que je ne pouvais qu'avec peine conserver les alimens de ce côté pendant la mastication. Je ne pus également fermer complétement les paupières de ce côté. J'employai les moyens les plus variés et sans succès. Le seul qui m'ait paru avoir quelque efficacité, c'est une simple friction faite avec une brosse. Le côté malade de la joue n'a recouvré la motilité qu'après huit ans, et depuis deux ans je n'ai rien éprouvé qui ait pu me faire craindre une rechute.

Sympathie de l'utérus et des mamelles; par M Rigby.

L'attention de M. Rigby fut éveillée sur ce sujet par la lecture d'un passage de la Gynocologie de Carus, dans laquelle cet auteur recommande d'appliquer l'enfant au sein de sa mère, pour hâter l'expulsion du placenta l'orsqu'elle se fait trop attendre. Dans les cas où, à la suite de l'accouchement, M. Rigby croyait avoir à redouter une hémorragie par l'inertie de l'utérus, il faisait approcher l'enfant du sein de sa mère aussitôt qu'elle avait été changée et recouchée. Dans plusieurs cas surtout d'hémorrhagie grave due à l'inertie de la matrice, où il avait employé en vain les moyens ordinaires, tels que l'injection d'eau froide et de vinaigre dans le vagin, il a obtenu, aussitôt que l'enfant eut saisi le sein de sa mère, une contraction forte et permanente de l'utérus. Dans quatre cas l'hémorrhagie était considérable; et dans plusieurs dont il ne donne pas le nombre, mais où cet accident était moins grave, ce moyen a constamment réussi.

Hémorrhagie utérine arrêtée par l'application de l'enfant à la mamelle.

Obs. I. — Madame R***, âgée de 30 ans, accoucha, le 28 juin 1833, d'un garçon, son sixième enfant. L'accouchement fut naturel et prompt. Dans ses autres couches, elle a été sujette à l'hémorrhagie déterminée par l'inertie de l'utérus. Je fus appelé pour la délivrer. L'extraction du placenta exigea l'emploi d'une grande force et fut suivie de la sortie de quelques gros caillots. L'utérus reprit un assez grand volume et resta dur. La pression en fit sortir encore quelques caillots. La malade était extrêmement faible, elle vomit quelques doses de seigle ergoté que je lui administrai. L'utérus resta dur et petit, se vidant de caillots toutes les fois qu'il augmentait un peu de volume. Les injections d'eau et de vinaigre étaient restées sans effet, et comme la faiblesse allait continuellement en s'accroissant, je lui administrai de l'eau-de-vie et de l'ammoniaque. L'hémorrhagie continuant malgré l'emploi de tous ces moyens et l'application d'un bandage autour de l'abdomen, je fis approcher l'enfant du sein, et aussitôt l'utérus se contracta fortement et l'hémorrhagie fut arrêtée; elle était considérablement affaiblie; on eut de la peine à la coucher. Une drachme de teinture de jusquiame dans une potion camphrée lui procura un sommeil calme; elle se réveilla au bout de quelques heures beaucoup mieux, mais très-faible; elle se plaignit pendant quelques jours très-vivement de la tête et sa vue était très-affaiblie; elle se rétablit complétement.

Fait analogue.

Obs. II. — Le 21 octobre, madame L***, âgée de 34 ans, accoucha d'un garçon. C'était son troisième enfant. La présentation et le travail se firent naturellement; elle paraissait avoir une mauvaise santé et portait un acné sur le nez et les lèvres; elle éprouva, comme après ses autres couches, une abondante hémorrhagie. Le seigle ergoté, les applications froides et les injections froides dans le vagin n'eurent aucun effet. Je lui fis présenter alors l'enfant d'une autre femme; mais l'utérus n'éprouva aucune contraction. Le sien lui fut alors présenté, et aussitôt l'utérus se contracta et l'hémorrhagie fut arrêtée.

M. Rigby dit que ce cas est le seul où l'approche de l'enfant n'ait pas été immédiatement suivie de la contraction de l'utérus; mais aussi c'est le seul où on ait présenté à la femme un autre enfant que le sien.

Ces cas doivent être rapprochés de ceux signalés par M. Patterson dans le Journal de Dublin, dans lesquels ce praticien a obtenu l'apparition des règles chez des femmes affectées d'aménorrhée, en irritant les mamelles par l'application sur ces parties de cataplasmes sinapisés.

Affection des muscles de la respiration, par A Shaw.

L'observation suivante est trop intéressante pour que nous ne la présentions pas avec les détails nécessaires et quelques-unes des réflexions dont M. Shaw l'a accompagnée.

Obs. — M. S***, âgé de 28 ans, d'une constitution active et athlétique, et paraissant jouir d'une bonne santé, se plaint de ne pouvoir dilater librement sa poitrine. Pendant qu'il se déshabille, on remarque que les côtes, et surtout les inférieures, sont tirées en dedans et contournées d'une manière singulière; on dirait que le thorax est serré fortement par un bandage; mais en même temps l'abdomen offre une rotondité remarquable et qui ressemble à ce qu'on observe chez les personnes âgées. Cet état de la poitrine est le même pendant l'expiration et l'inspiration. Lorsqu'on prie le malade de faire un

profonde inspiration, les côtes restent immobiles; le thorax n'est ni élevé ni dilaté à un degré perceptible, et le malade ne peut prendre son haleine entièrement. Il éprouve une douleur dans la poitrine s'il veut essayer de le faire On entend dans chaque inspiration un bruit de gargouillement sourd à l'épigastre, et qui parait se passer dans l'estomac ou les intestins.

Les muscles extérieurs, dont l'action doit être combinée à celle du diaphragme pendant l'inspiration, n'éprouvent aucune contraction. Le grand dentelé, le sterno-cléido-mastoïdien, les muscles des épaules restent complétement immobiles, malgré les efforts que fait le malade pour imiter les mouvemens naturels de la respiration. En portant la main sur l'abdomen, on sent que les muscles abdominaux se contractent avec force pendant chaque expiration; si l'on appuie un peu fort, le malade se retire vite en disant qu'on l'empêche de respirer. Lorsqu'il éternue, il éprouve une vive douleur; car l'action d'éternuer est, comme il le dit lui-même, divisée en une série de petits mouvemens d'une courte durée, pendant lesquels il lui semble que sa poitrine va se briser. Il ne peut marcher vite ni monter; la nuit, il fait des rêves affreux et il s'éveille souvent et subitement presque suffoqué.

Les muscles du col et du thorax, qui ne peuvent prendre part à l'acte de la respiration, conservent cependant toute leur énergie dans les autres mouvemens; lorsqu'il s'agit, par exemple, de lever ou de baisser la tête, de lever les épaules, etc.

Cette maladie vient sous forme d'accès distincts, qui durent ordinairement une quinzaine de jours avant qu'il se manifeste aucun changement. C'est le cinquième accès qu'il éprouve en ce moment. Dans l'intervalle, la poitrine se dilate avec la plus grande facilité. Alors elle est beaucoup plus large et l'abdomen n'est pas saillant.

La première fois qu'il en fut atteint, ce fut en galopant à cheval sur une digue, quelque temps après avoir eu une inflammation intestinale grave pour laquelle il avait été soumis à un traitement très-actif, et qui l'avait beaucoup débilité. Il dit avoir éprouvé plusieurs hémorrhagies intestinales. Il attribue ces accès à son séjour près des bords de la mer, et il les a toujours fait cesser en s'en éloignant. (A prendre trois fois par semaine, une pilule de coloquinte et de blucpill. Au bout de quelques jours, une potion tonique avec les acides minéraux. Il doit s'éponger la poitrine avec une solution chaude de sel ammoniacal et se frictionner ensuite avec force trois fois par jour. Il appliquera un large cataplasme de belladone et prendra l'iodure de fer trois fois par jour.)

Au bout de vingt jours, le malade était entièrement rétabli; la respiration se faisait largement; l'abdomen était rentré, au lieu de faire une saillie comme avant. (Voici le tableau des mesures prises à deux époques sur la poitrine, et à différentes hauteurs.)

	Circonférence de la poitrine au cartilage xyphoïde.	Au mamelon.
Le 28 octobre,	28 pouces 1/4	32 pouces 1/2
Le 18 novembre,	33 — 1/4	34 — 1/4
Différence,	5 pouces.	2 pouces.

Cette observation nous offre un exemple d'une affection évidemment bornée aux muscles respiratoires externes. Un seul muscle continue encore à entretenir la respiration, c'est le diaphragme; mais remarquons avec quelle difficulté il remplit cette fonction, privé du secours des muscles extérieurs, et combien cette circonstance contribue à rétrécir la capacité de la poitrine. L'un des faits les plus remarquables de cette observation, c'est l'immobilité, dans l'acte de la respiration, des muscles des épaules, du dos et du col, qui y prennent dans l'état normal une part active, et qui dans les autres mouvemens recouvraient leur activité. Cette circonstance vient singulièrement à l'appui des idées émises sur ce sujet par Ch. Bell, et de la distinction qu'il a établie entre les propriétés des nerfs moteurs, sensitifs et respiratoires.

Quant à la cause de cette affection, son origine, ses retours périodiques, les moyens employés pour la combattre, tout indique qu'elle était de nature rhumatismale, et avait son siége dans les nerfs respiratoires externes de M. Bell.

Observation d'un cas de ptyalisme (discharge from the fauces) guéri par l'opium; par le docteur Grive.

Le fait que nous allons rapporter, et auquel le titre sous lequel nous le comprenons ne convient qu'imparfaitement, offre une nouvelle application de l'opium à haute dose, que les médecins de Dublin emploient avec succès dans différentes maladies.

Obs — J. Harris, âgé de 30 ans, d'une haute stature, fut admis à l'infirmerie de Dumfries, le 28 août 1833. Il crache fréquemment un fluide incolore, clair, mousseux, et d'un goût salé qui arrive dans la bouche sans le plus léger effort de toux. La quantité de ce fluide sécrété, dans les 24 heures, monte souvent à une pinte anglaise, et est évidemment fourni par la membrane muqueuse qui revet la gorge et la partie postérieure du pharynx. Lorsque sa sécrétion est suspendue, ce qui dure quelquefois pendant plusieurs minutes, il éprouve une sensation douloureuse d'oppression et d'un poids sur l'épigastre qui disparait aussitôt que la sécrétion a recommencé à se faire. Les parties molles de la gorge paraissent relâchées et flasques; mais elles conservent leur couleur naturelle. La langue est blanche et chargée; la peau est sèche et rugueuse; il y a ordinairement de la constipation. Le malade se plaint d'anorexie et de flatulence, et même quelquefois de dysurie accompagnée d'une douleur considérable à l'hypogastre et dans la région des reins. La couleur de l'urine est haute et fournit un sédiment copieux.

Il dit avoir contracté cette maladie en couchant une nuit dans un lit humide, et affirme n'avoir jamais pris de mercure. On prescrit les toniques et les purgatifs qui furent employés sans succès jusqu'au 13 septembre.

Se rappelant alors avoir vu les détails d'un cas analogue dans le traitement duquel le docteur Grave de Dublin avait employé avec un succès complet l'opium à haute dose, le docteur Grive résolut d'avoir recours au même moyen, et bientôt il put constater facilement les effets avantageux de cette médication. La dose d'opium fut élevée graduellement depuis un grain toutes les six heures, jusqu'à un grain toutes les trois heures, et la constipation fut le seul inconvénient qui résulta de son emploi. La quantité de fluide sécrété diminua chaque jour, et d'aqueux et clair, qu'il était auparavant, il devint graduellement plus visqueux; augmentant de consistance à mesure qu'il diminuait en quantité. Le 4

octobre, la quantité du fluide sécrété était si faible, et l'état général était si amélioré que le malade put quitter l'hôpital.

Traitement de la surdité causée par la sécheresse des oreilles (dry ears); par M. Martin Coates.

Le petit article dont nous allons donner l'analyse est une réponse faite à un anonyme qui avait demandé dans la Medical Gazette des renseignemens sur le traitement de la surdité causée par l'absence de la sécrétion de cérumen dans le conduit externe.

M. Coates, après avoir rappelé la disposition du conduit auditif externe et les nombreuses glandes cérumineuses qui s'ouvrent dans son intérieur, attribue à différentes causes la diminution ou l'absence de sécrétion du cérumen. Un rhume peut déterminer l'inflammation de ces glandes, et consécutivement la sécheresse de conduits. Les symptômes sont connus de tout le monde, et sont la sensation d'une chaleur et d'une démangeaison douloureuse dans la partie. Le repos, un pédiluve et un lit bien chaud, suffisent ordinairement pour rétablir cette sécrétion et faire disparaître la surdité.

D'autres fois cet état se complique de sécheresse de la peau et de la langue, et de constipation. Tant que ces complications persistent, on ne peut songer à aucune application locale, et le plus souvent il suffit de les combattre pour faire disparaître en même temps la surdité.

Dans d'autres circonstances cette maladie paraît tout-à-fait locale, et semble dépendre d'une indolence, d'une atonie des glandes cérumineuses. Quelquefois alors la surdité est presque complète. Lorsque le malade perçoit un son, il lui paraît aigu et il détermine pendant quelques instans un bruit désagréable dans les oreilles. Si on examine la muqueuse, on la trouve blanche et privée du cérumen.

Obs. I. — Ch. Osbornes, âgée de 20 ans, est sourde depuis neuf mois, et n'est arrivée que graduellement à l'état où elle est maintenant, 4 mai 1833, surdité considérable des deux oreilles, mais plus encore à droite; constipation; langue blanche et sèche; expression d'accablement et d'indifférence. L'oreille gauche ne contient pas du tout de cérumen; la droite au contraire plus qu'à l'ordinaire. On pratique des injections avec une solution de savon et de l'eau tiède, et la malade prendra tous les soirs une pilule contenant trois grains de calomel, et tous les matins:

Carbonate de magnésie,	8 gros.
Rhubarbe,	12 gros.

Le 10 mai, la langue est nette et humide: les évacuations se font librement. L'oreille gauche est encore plus mal; la droite, au contraire, paraît mieux. Une injection est pratiquée dans les deux oreilles, et ensuite on applique sur la membrane du tympan gauche une parcelle de la pommade suivante, ramollie avec un peu d'huile d'amande douce:

Prenez: Onguent de nitrate de mercure étendu	1 gros;
— de blanc de baleine,	3 gros.

Le 21, elle se plaint d'un peu de douleur dans l'oreille gauche, mais elle entend beaucoup mieux; la droite va de mieux en mieux. On continue à appliquer l'onguent ci-dessus jusqu'au 28 juillet. Alors elle dit avoir l'ouïe aussi fine que jamais; sa santé est parfaite; sa démarche est libre et animée. Chez cette malade la guérison s'est fait attendre à cause d'un rhume qui survint pendant la durée du traitement.

Il y a encore une espèce de surdité dont la cause diffère de celle dont nous venons de voir un exemple, et qui est souvent confondue avec elle. Elle est due à l'absence de sécrétion des glandes cérumineuses, et coïncide ou souvent alterne avec une ophthalmie scrophuleuse. Dans ces cas il y a beaucoup d'irritation et de bruit dans les oreilles. L'examen du méat ne fournit aucun indice; quelquefois le cérumen paraît d'une couleur plus foncée. Cette maladie affecte ordinairement les personnes qui se nourrissent mal, et qui sont privées de la plupart des *comforts* de la vie. Comme il est rare qu'on puisse faire disparaître les causes qui produisent cette maladie, il est très-difficile de la faire disparaître complètement, ou bien elle ne tarde pas à reparaître.

La première indication est de rétablir la liberté du ventre ce que l'on obtient facilement par les préparations mercurielles et spécialement les pilules bleues; la seconde est de diminuer l'irritabilité de la membrane muqueuse, ce que l'on obtient encore facilement par l'application d'une solution de nitrate d'argent dans la proportion d'un grain pour un verre d'eau distillée.

Obs. I. — Murray, âgé de 16 ans, me consulta pour une ophthalmie strumeuse avec une forte opacité vasculaire de la cornée et une injection de la conjonctive palpébrale; on prescrit trois lotions chaque jour avec:

Prenez: Nitrate d'argent,	2 gros.
Eau distillée,	1 once.

Et cinq grains des pilules bleues à prendre deux fois par jour.

Le 20 juillet, l'inflammation a disparu; il ne reste plus qu'un peu d'injection sur la paupière inférieure; la lumière qui ne pouvait être supportée au commencement du traitement ne fatigue plus le malade; mais pendant que l'ophthalmie disparaissait, le maladie devenait sourd. La quantité de cérumen contenue dans les oreilles était normale, mais sa couleur verdâtre. Il y avait continuellement du tintement dans les oreilles

Les injections simples ne produisirent aucun effet; alors on essaya des injections avec le nitrate d'argent à la dose indiquée (un grain pour une once d'eau), deux ou trois fois par jour, et au bout de huit jours la surdité avait complétement disparu.

PATHOLOGIE EXTERNE.

—

Mémoire sur la lésion des glandes cérumineuses, par le docteur DELEAU jeune, médecin de l'hospice des Orphelins de Paris pour le traitement des maladies de l'oreille.

La sécrétion du cérumen, qui, dans l'état physiologique, se fait notamment dans le centre du conduit auditif, peut pécher par défaut ou par excès d'action; dans l'un et l'autre cas, l'oreille ne remplit plus ses fonctions avec toute sa finesse accoutumée.

Un conduit auditif trop large, soit naturellement, soit par l'habitude d'y introduire le doigt auriculaire, expose sa membrane semi-muqueuse semi-cutanée à l'intempérie des saisons; elle perd sa sensibilité et elle prend toutes les qualités de la peau extérieure; les glandes sécrétoires s'amortissent, l'épiderme épaissi obstrue leurs bouches exhalantes, et c'est en vain alors que la main armée d'un cure-oreille, ou le doigt couvert d'un linge, cherche cette cire demi-consistante utile à la transmission du son et à la souplesse de l'élément organique qu'elle doit toujours enduire. Lorsqu'il n'existe pas dans l'organe auditif d'autres lésions que celle dont je parle, la surdité est peu intense; on voit peu de personnes s'en plaindre. On vient à leur secours en leur conseillant de porter dans les conduits un morceau d'éponge imbibé d'huile et traversé d'un canal d'un pouce de longueur, fait avec un fil d'argent disposé à la manière des ressorts de bretelles. On cherche aussi à réveiller la sensibilité au moyen de l'huile de rhue ou de cantharides.

La secrétion cérumineuse peut aussi être suspendue par certaines phlegmasies de l'oreille moyenne; on fait la même observation chez les personnes affectées de surdité dite nerveuse. Dans ces deux derniers cas, cette lésion n'étant que symptomatique, on doit peu s'en occuper.

Lorsque l'oreille externe est au contraire trop lubrifiée par cette humeur onctueuse, il en résulte des engouemens qui ont toujours une grande influence sur l'audition. Leurs causes immédiates ou prochaines, nullement envisagées par mes prédécesseurs, méritent un examen dont on appréciera, je l'espère, toute l'importance, surtout quand j'aurai prouvé que dans quelques cas on doit bien se garder de débarrasser le fond du conduit auditif de cet excès de cérumen accumulé sur la membrane tympanique.

Rien ne me sera plus facile que de démontrer qu'il forme une sorte de bouclier dû aux efforts de la nature, destiné à préserver l'oreille moyenne des rapports nuisibles établis avec l'oreille externe par des lésions antérieures à sa formation.

Mais occupons-nous d'abord des cas les plus simples généralement admis, avant de confirmer cette proposition.

J'ai déjà cité précédemment des exemples d'engouement dus, non à un excès d'action des glandes sécrétoires, puisque l'humeur qui en est le produit ne sert que de véhicule aux corps pulvérulens qui s'amassent dans l'oreille externe, mais bien à ces poudres elles-mêmes qui voltigent dans les usines où se prépare le tan, dans les lieux où les hommes manipulent les fécules des céréales, etc. Ces obstacles à l'audition devraient être assimilés aux corps étrangers provenant du dehors; c'est ce que j'ai fait. Il n'en est pas de même de ces amas de cérumen pur, plus ou moins jaune ou noirâtre, plus ou moins consistant, sans enveloppe membraneuse, sans mélange de pellicules foliacées que l'on extrait souvent des conduits auditifs des enfans et des adultes, qui portent des glandes cérumineuses développées, presque toujours concomitantes d'un excès d'action dans les follicules sébacés du pourtour des ailes du nez, du front et quelquefois de la figure entière. Chez ces personnes on extrait le cérumen assez facilement et sans aucun accident inflammatoire à la suite.

Mais on éprouve le désagrément de voir reparaître cet obstacle à l'audition quelques mois ou quelques années après sa première extraction.

L'étroitesse par aplatissement de l'entrée du conduit auditif favorise cette sécrétion d'humeur par la chaleur qu'elle entretient et l'obstacle qu'elle apporte à la sortie de la perspiration qui a lieu dans ce conduit. Cette maladie, légère à la vérité, n'est pas exempte, comme on le voit, de sujétions fort importunes, surtout si l'on emploie les curettes pour la détruire. Il en résulte presque toujours des excoriations, des écoulemens de sang et souvent même des douleurs assez vives. Il est donc prudent de n'employer que l'eau sous forme de douche ou d'injection.

Si à la suite le conduit paraît rouge, irrité, on pratique quelques saignées locales.

Le cérumen que l'on extrait presque toujours difficilement lorsqu'il est enveloppé d'une ou de plusieurs membranes formant une espèce de bourse de consistance assez grande, reconnait pour cause de formation et d'accumulation une phlegmasie préexistante de la partie interne du conduit auditif survenue lentement, possédant souvent les caractères d'un affection dartreuse, d'autre fois succédant à un catarrhe; dans la plupart des cas n'étant qu'une inflammation née insensiblement.

Cette lésion n'est précédée ni accompagnée d'aucune sensation douloureuse.

Le lieu où elle siége privé des glandes cérumineuses dont est pourvu le centre du conduit auditif, il s'opère une exhalation de sérosité albumineuse, quelquefois purulente, qui donne d'abord naissance à ces fausses membranes dont le mode d'organisation est facile à saisir.

Cette inflammation surexcite et développe ensuite les cryptes du centre du conduit, et bientôt le bouchon cérumineux grossit, presse, aplatit les fausses membranes, et contribue à leur donner une apparence d'organisation plus parfaite.

Ce simple exposé suffisant pour faire connaître la cause immédiate et le mode de développement de la maladie, rend aussi raison des suites douloureuses et quelquefois funestes à l'ouïe, qui sont la conséquence de la sortie de ces matières. En effet, on conçoit qu'une membrane delicate douée d'une vive sensibilité ne peut passer subitement à de nouveaux rapports, à des contacts de corps auxquels elle n'est plus accoutumée sans changer d'état dans sa vitalité morbide, passer à l'état d'inflammation aigue qui se propage dans l'oreille moyenne.

Cette opération d'exérèse si simple a, comme on voit, ses accidens : elle mérite donc surveillance comme tout changement d'habitude qui s'opère dans nos organes sains ou malades.

D'autres fois après avoir vidé l'oreille externe il ne survient pas d'otite, souvent même on ne recon-

naît plus les traces de celle qui était naguère à l'état chronique, mais l'ouïe reste éteinte; on est trompé dans les promesses que l'on avait faites. C'est que l'oreille moyenne a participé d'une manière insensible à l'inflammation et à l'engouement, non de cérumen, comme on l'a dit, mais de mucosités simples ou pulvérulentes, seuls produits possibles de la membrane qui revêt les cavités osseuses du temporal.

Si le cérumen s'y rencontre parfois, c'est qu'il s'y est introduit par une ouverture pratiquée à la membrane qui sépare l'oreille externe de l'oreille moyenne.

Examinons cette nouvelle complication.

La membrane du tympan perforée, souvent détruite dans toute sa partie inférieure, expose continuellement la caisse aux injures de l'atmosphère; l'air froid et humide y entretient une phlegmasie chronique et une suppuration. Si ces accidens diminuent d'intensité, soit par un traitement convenable, soit par l'action du soleil qui provoque les fonctions de la peau dans une saison chaude, ou sous un climat avantageux à la guérison de ces sortes de maux, le peu de pus qui sort de la caisse ou qui se forme dans le fond du conduit auditif s'amasse, se concrète, entretient une phlogose par les qualités qu'il acquiert en y prolongeant son séjour, provoque l'action des glandes cérumineuses et bientôt il y a amas, mélange, bouchon pseudo-membraneux qui ferme la communication morbide de l'oreille externe avec l'oreille interne; celle ci s'en trouve bien; elle ne reçoit plus d'air que de la trompe d'Eustache, air réchauffé en traversant les fosses nasales: la suppuration est guérie, mais la surdité reste.

Les malades débarrassés d'une infirmité qui les inquiétait, qui souvent les faisait fuir, à cause de l'odeur qu'ils répandaient autour d'eux, se trouvent heureux et semblent oublier qu'ils ont l'oreille dure. Mais le temps apporte de l'augmentation dans la faiblesse de l'ouïe, la surdité arrive avec les années; c'est alors qu'ils consultent.

On aperçoit l'amas de cérumen; on croit la cure facile; on promet même une guérison complète. Les premiers instans qui suivent l'extraction contentent le médecin et le malade; mais le lendemain ils sont tous deux déconcertés par la perte de l'ouïe qui de nouveau se déclare.

Les tissus organiques ayant changé de rapports de contact, se sont irrités, enflammés, il survient de la douleur; une otite très-aiguë externe et interne se déclare et marche à grands pas vers une suppuration abondante.

Quelquefois cependant, les accidens se bornent à une inflammation sans suppuration, inflammation souvent la même que celle qui existait antérieurement à l'extraction: on est même parfois assez heureux pour rencontrer une membrane du tympan seulement perforée, d'un blanc mat, couleur qui succède à la phlegmasie éteinte de membranes albuginées; c'est dans de pareilles occurrences qu'on a dit que le cérumen usait la membrane tympanique par frottement, idée mécanique trop éloignée des connaissances actuelles pour être discutée.

D'après les détails dans lesquels je viens d'entrer, et ce que j'ai dit à l'article de corps étrangers, il faut donc résumer les engouemens cérumineux d'après les causes qui les ont produits, dans l'ordre suivant:

1° Engouement cérumineux sans lésion des glandes sécrétoires des conduits auditifs (mélange du cérumen à des corps étrangers pulvérulens provenant de l'extérieur);

2° Engouement cérumineux par excès de sécrétion sans lésion inflammatoire de tissus élémentaires qui environnent les glandes;

3° Engouement cérumineux par excès de sécrétion, résultat d'une phlegmasie chronique de la partie interne du conduit auditif;

4 Engouement cérumineux avec perforation de la membrane du tympan.

Les exemples suivans viennent appuyer cette division si utile dans la pratique.

Je me bornerai dans ce mémoire à quelques remarques sur les complications qui se rattachent aux causes de surdité citées ci-dessus. Cette partie de la chirurgie auriculaire est par trop simple et trop connue par tous les médecins, pour exiger, de ma part, des histoires complètes et détaillées.

Obs. I, II, III. — M Potdefer, demeurant quai des Lunettes, M de V***, mademoiselle L***, ont la peau brune; celle qui recouvre la face est parsemée de petites taches noires qui indiquent l'engorgement de conduits excréteurs des glandes sébacées. Ils sont sujets à des boutons qui se manifestent principalement sur le front.

Le premier vint me consulter en avril 1824, il était soumis depuis plusieurs années à un traitement dit dépuratif. Il portait un cautère; on lui administrait souvent des vomitifs et des médecines, le tout sans succès pour l'oreille. Sa guérison fut comme on le pense bien, opérée en quelques minutes.

Depuis plus de deux ans, M. Potdefer, fatigué d'écouter, prêtait peu d'attention aux premiers mots qu'on lui adressait. Pour lui, la première phrase était toujours un compellatif (une appelation); il faisait répéter, et c'est alors seulement qu'il écoutait. Après sa guérison, qui fut pour ainsi dire plus que complète, puisqu'il était éveillé par les voitures qui passent sur le quai des Orfèvres et souffrait, lorsqu'un bruit un peu intense venait frapper son oreille; il continua à faire répéter pendant plusieurs mois, de sorte que les personnes qui lui adressaient la parole le croyaient encore sourd. Cette observation ne sera pas perdue, je l'espère, pour les personnes qui pensent que les sourds muets qui trouvent l'ouïe subitement peuvent de suite percevoir les sons et les écouter sur-le-champ.

Pour modérer l'excès de sécrétion cérumineuse, je conseillai à M. Potdefer de pratiquer pendant plusieurs mois des injections légèrement astringentes. J'ordonnai à M. de ***** des bains de vapeurs sulfureuses, parce qu'il y avait chez ce dernier une prédisposition aux dartres dont l'oreille n'était pas exempte.

Ce monsieur est le frère de madame la comtesse de St***, qui est comme lui exposée aux engouemens cérumineux.

Voilà des exemples de sécrétion trop abondantes dans les conduits auditifs, sans lésion apparente des tissus.

Nous allons citer maintenant des cas d'épanchemens et d'amas provoqués par une phlegmasie chronique de la partie la plus reculée de l'oreille externe.

Obs. IV. — Toutes les années, depuis 1824 jusqu'en 1829, M. le général de R*** âgé de 72 ans au moins, venait se faire guérir de la surdité.

A la suite de l'extraction, on voyait la membrane du tympan rouge et épaissie; le fond du conduit présentait un aspect rosé; il était rétréci, et aussitôt qu'on le touchait, soit avec un instrument, soit seu-

lement avec du coton, on provoquait de la toux et une démangeaison fort incommode. Pour éviter de si fréquentes rechutes, il est superflu de dire que le malade devait se soumettre à un traitement local semblable à celui que j'ai fait supporter à un grand nombre de personnes sourdes, parmi lesquelles je citerai M. Ankarloo, consul suédois, et miss Bishop. Celui-là avait éprouvé en 1808 des douleurs d'oreilles, accompagnées de chaleurs et des battemens, avantageusement combattues par des applications de sangsues. L'ouïe affaiblie s'était aussi rétablie.

En 1823, la surdité reparut et augmenta insensiblement. De nouvelles saignées locales n'eurent aucun succès.

Obs. V — En 1825, M. A*** vint me consulter; il recouvra l'ouïe par l'extraction du cérumen. C'est alors que je trouvai la membrane du tympan et le fond du conduit auditif rouges et douloureux au moindre contact.

Des émolliens locaux, des vésicatoires volans, et quelques jours plus tard des injections astringentes enlevèrent cette phlegmasie.

Obs. VI. — Miss B*** ne fut pas si heureuse : une otite aiguë externe se déclara le jour même de l'extraction. Le traitement que je nomme consécutif à cette petite opération fut d'une plus longue durée.

Voici des exemples d'otites externes chroniques insensibles avec cérumen, compliquées d'engouement muqueux de la caisse.

Obs. VII. — Le docteur Duval me présenta M. Martin, âgé de 72 ans, d'un tempérament sanguin. Il éprouvait depuis quelques années des bruissemens d'oreilles, une surdité qui s'aggravait de jour et jour et des chaleurs vers les côtés de la tête. Le cérumen fut extrait; l'ouïe s'améliora peu.

Quelques saignées furent pratiquées. La phlegmasie externe, c'est-à-dire celle qui avait son siége sur la membrane du tympan et le fond du conduit, diminua ainsi que les bruits; la dureté d'oreille restait toujours. Le cathétérisme fut pratiqué; la douche d'air fit entendre le bruit muqueux de la caisse, et caractérisa définitivement la dernière cause de surdité. Elle fut traitée; quinze jours suffirent pour achever la cure.

Obs VIII. — « Dès l'année 1825, dit mademoiselle » K***, je ressentis quelque atteinte de surdité. » J'habitais alors Paris.

» Par intervalle il se faisait une explosion dans » mes oreilles qui me rendait l'ouïe pour quelques » jours. Je partis pour Saint-Pétersbourg en 1827. Là, » ma tête s'embarrassa; mes bruits d'oreille augmen- » tèrent, ainsi que ma surdité. En 1828, je suivis » la grande-duchesse de Russie à Naples; la tem- » pérature me rendit la tête plus légère. L'ouïe se » développait; mais malheureusement je fus obligée » de revenir en France après avoir séjourné à Rome, » à Milan, et quelque temps en Suisse. Ma pesanteur » de tête reparut sous l'influence de mon climat » natal, et ma surdité reprit tellement que je n'en- » tendais plus une montre placée à trois travers de » doigt de mon oreille. » C'est dans cet état que je vis mademoiselle K***, âgée de 25 ans.

Les causes de son infirmité étaient les mêmes que celles que j'ai citées en parlant de M. Martin. Le traitement réussit très-bien. Cependant le bien-être ne dura que quatre années.

A la fin de 1833, je revis ma malade, qui fut obligée de revenir de la capitale de Russie pour se faire sonder par moi, l'extraction du cérumen n'ayant eu qu'un demi-succès.

Il me reste à parler, pour terminer ce deuxième mémoire sur les corps étrangers introduits et formés dans l'oreille externe, des épanchemens cérumineux compliqués de la perforation des membranes du tympan. Je ne rapporterai que deux exemples, comme je l'ai fait dans les cas de simples lésions.

Obs. IX. M. de Montvert, garde du corps sous Charles X, né dans le midi de la France, couchait nu-tête depuis son enfance.

En 1822, il éprouva quelques malaises d'oreilles suivis d'un écoulement séro-purulent qui ne dura que peu de jours. Depuis cette époque, l'ouïe faiblit. Consulté en 1829, je crus n'avoir à traiter qu'un engouement simple. Je fis sans beaucoup de ménagemens des injections d'eau tiède.

Immédiatement après la sortie de l'humeur épanchée et durcie, une douleur se déclara dans la caisse. Je visitai l'oreille; j'aperçus la lésion de la membrane du tympan, qui me rendit compte de la cause de l'otalgie survenue si promptement. Quelques gouttes d'eau avaient traversé l'oreille moyenne.

Des saignées locales, des vésicatoires volans, des cataplasmes, calmèrent ces petits accidens.

La perforation datait de 1822. C'était à la suite que l'épanchement cérumineux s'était formé pour obstruer la communication si nuisible de l'oreille externe avec l'oreille moyenne.

L'observation dernière va nous montrer les efforts de la nature pris sur le fait.

Obs. X. — M. Cartier, rue Richelieu, âgé de 35 ans, était affecté d'un écoulement d'oreille depuis l'enfance; il avait subi plusieurs traitemens sans aucun succès. Dans ces derniers temps, on avait tenté d'opérer la cicatrisation d'une perforation du tympan, limitée par des bords ulcérés, au moyen de la pommade de Régent.

En mai 1832, nettoyant le conduit auditif droit à l'aide d'un cure-oreille recouvert d'un linge, celui ci se déchira, et l'instrument, fortement pressé de dehors en dedans, alla déchirer le grand diaphragme auriculaire, déjà malade depuis nombre d'années.

La douleur fut très-vive et l'inflammation qui s'ensuivit se propagea dans toutes les parties de la caisse.

Il alla consulter son médecin, le professeur Broussais, qui me l'adressa.

Une suppuration extrêmement abondante succéda à une hémorrhagie de deux jours.

« Après six semaines de traitement, dit le malade, » l'écoulement cessa et l'ouïe devint très-fine. Depuis » cette époque, j'entends mieux que jamais. »

Je reproduirai cette belle observation avec détails au chapitre des lésions physiques de la membrane du tympan. Il me reste seulement à dire ici que vers la fin du traitement, la perforation de la membrane était réduite à une petite dimension, que la caisse du tambour était parfaitement libre, qu'enfin il s'est formé dans le fond du conduit auditif un plastron cérumineux qui a voilé la membrane lésée, et a formé obstacle à l'action nuisible des vents, du froid et surtout de l'air chargé d'humidité. Ces faits et beaucoup d'autres que j'ai observés prouvent que les perforations du grand diaphragme auriculaire sont antérieures à l'amas du cérumen dans le conduit auditif. Celui-ci est donc étranger aux lésions de ce genre, comme on l'a avancé si gratuitement.

VACCINE.

Note sur la revaccination, par le docteur LUROTH, médecin cantonnal à Bischwiller.

La question de la revaccination n'est pas définitivement jugée; des opinions absolument contradictoires se prononcent encore à son égard. La discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie de médecine dans la séance du 13 février dernier, et dont la GAZETTE MÉDICALE a rendu compte, en peut fournir une preuve. L'Académie a chargé sa commission de vaccine de faire des recherches sur les points litigieux. J'ai pensé que cela ne devait point empêcher les praticiens isolés de publier les faits qu'ils posséderaient sur cette matière, surtout si ces faits ont une certaine importance, comme je le crois, de ceux que je vais exposer ici.

Chargé, comme médecin cantonnal, des vaccinations à faire dans le canton de Bischwiller, j'ai pratiqué depuis quatre ans et demi près de 3.600 vaccinations; les occasions de faire des observations sur les questions qui touchent à la pratique de la vaccine ne m'ont donc pas manqué.

Dans le courant de l'année 1832, une épidémie varioleuse a éclaté dans plusieurs communes du canton de Bischwiller Dès lors, un certain nombre de personnes, surtout du sexe, se sont présentées spontanément pour se faire vacciner une seconde fois. Je ne leur ai jamais refusé cette satisfaction, et j'en ai ainsi revacciné 86. Tous ces individus avaient été vaccinés une première fois dans leur enfance; ils offraient sur les bras, à l'exception de deux ou de trois, des cicatrices vaccinales non douteuses, plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes.

Quand à l'âge de ces individus, et quant au résultat de l'opération, le tableau suivant en donnera un aperçu.

INDIVIDUS REVACCINÉS.		RÉSULTAT DE L'OPÉRATION.		
		Erupt. vaccinale compl. et norm.	Erupt. vaccinale incompl. et faus.	Erupt. fausse.
Agés de moins de 10 ans.	12	0	5	7
Agés de 10 à 20 ans.	36	5	12	19
Agés de 20 à 30 ans.	32	5	12	15
Agés de 30 à 40 ans.	6	2	2	2
Totaux. . . .	86	12	31	43

Le nombre des piqûres pratiquées était en général de 7 à 8 sur un seul bras.

Dans la première colonne des résultats de l'opération se trouvent compris tous les sujets dont les boutons se développaient trois ou quatre jours après l'opération, en prenant la forme normale des vrais boutons de vaccine, dont ils suivaient exactement la marche, avec cette seule différence que la durée de l'éruption jusqu'à la dessication était quelquefois de deux jours moins longue que celle d'une première éruption vaccinale. La fièvre secondaire ne manquait pas dans le développement de ces phénomènes. A la fin il restait une cicatrice bien marquée, mais jamais profonde.

La seconde colonne, celle de la vaccine fausse ou incomplète, renferme les sujets dont les piqûres se couvraient de boutons dès le deuxième ou troisième jour. Ces boutons prenaient une figure irrégulière se terminant en pointe, se remplissaient d'une sérosité trouble ou jaunâtre, et se desséchaient dès le cinquième ou septième jour avec peu ou point de réaction fébrile, et sans laisser de marques durables.

La troisième colonne, celle des résultats négatifs, n'exige point d'explications particulières.

Ainsi, d'après le tableau qui précède, sur 86 sujets qui ont subi la revaccination, 12 ont eu une éruption vaccinale tellement complète qu'il eût été très-difficile, sinon impossible, de la distinguer de celle d'une première vaccine. M'objectera-t-on qu'il n'est pas sûr que chez des individus la première vaccination ait été bien faite; mais chez les deux tiers au moins d'entre eux je puis affirmer avoir trouvé des cicatrices vaccinales si profondes et si bien conditionnées, que l'observateur le plus difficile n'y aurait rien trouvé à redire. Chez ces derniers donc je maintiens qu'une première et parfaite vaccination a été suivie d'une seconde non moins complète que la première.

Sous le rapport de l'intervalle qui s'est écoulé depuis la première jusqu'à la seconde vaccination, voici les données que nous fournit le tableau ci-dessus.

1° Avant l'âge de 10 ans, la revaccination n'a pu produire tout au plus que de fausses vaccines, et jamais une éruption vaccinale complète. Dans la majorité des cas, l'effet de l'opération a été nul.

2° Au-dessous de l'âge de 10 ans, la revaccination a été suivie quelquefois d'une réussite complète, et la proportion des cas de réussite a paru devenir plus forte en raison directe de l'éloignement de l'époque de la première vaccination.

Il y a donc des cas où la première vaccination, quoique parfaitement bien faite, n'a qu'un effet préservatif temporaire et limité à un certain nombre d'années. Quel est ce nombre? On ne saurait le fixer d'une manière exacte car il semble varier suivant les sujets. L'on peut dire toutefois qu'il ne doit pas être inférieur à 10 ou 12 ans, comptés depuis la première vaccination.

Une question qu'on a élevée, et à laquelle il n'a pas été catégoriquement répondu, c'est celle-ci : Le vaccin pris des boutons de seconde vaccination est-il propre à reproduire une bonne vaccine? Nous répondons: Oui, et voici les faits sur lesquels se fonde cette affirmation.

OBS I. — Mlle Bourguignon, âgée de 19 ans, vaccinée pour la première fois à l'âge de 7 mois, et portant encore sur chaque bras une marque vaccinale bien dessinée, fut revaccinée en novembre 1832. Le septième jour elle offrait sur le bras gauche huit boutons de la plus belle vaccine; j'en recueillis quelques gouttes de vaccin parfaitement limpide sur des plaques de verre, et le même jour j'inoculai avec ce

vaccin le bras droit d'un garçon robuste âgé de 4 ans, qui n'avait pas encore été vacciné. Le nombre des piqûres fut de six. Au bras gauche de ce même garçon, je fis six autres piqûres avec la lancette chargée du virus d'un enfant vacciné pour la première fois huit jours auparavant.

Le garçon ainsi vacciné sur les deux bras me fut ramené le septième jour; il portait sur chaque bras six boutons de la plus belle vaccine; ceux du bras droit n'étaient pas aussi bien développés que ceux du bras gauche; la marche des deux espèces fut absolument la même, et les marques laissées par les boutons furent également profondes.

Le virus recueilli séparément de chaque espèce de boutons, et employé de même pour de nouvelles vaccinations, se montrâ d'une égale efficacité. Je n'ai pas poussé cette expérience au-delà de la troisième génération, la jugeant suffisamment complète.

Obs. II. — Mlle Schmidt, âgée de 20 ans, vaccinée dans son enfance et portant sur le bras trois cicatrices assez profondes, fut revaccinée au mois de décembre 1832. Le bras droit fut piqué six fois, et il s'y développa cinq boutons en tout semblables à ceux d'une bonne vaccine. La matière d'un de ces boutons, parfaitement claire et limpide, servit, le huitième jour, à la première vaccination d'un homme de 40 ans, qui n'avait pas encore eu la variole. Sur huit piqûres, il y en eut six qui se couvrirent de boutons, dont un de fausse vaccine. Les cinq autres, très-bien développés, fournirent le septième jour la matière d'une vaccination de bras à bras sur un jeune enfant chez qui l'opération réussit complétement.

Trois fois aussi j'ai essayé du virus des sujets revaccinés pour de nouvelles revaccinations. Dans deux cas, il se produisit une fausse vaccine, et dans le troisième le résultat fut complétement nul. Peut-être la matière d'un bouton de première vaccination n'aurait-elle pas eu plus d'effet dans ces mêmes cas?

Nous sommes donc en droit, d'après ce qui précède, d'établir que la revaccination peut quelquefois fournir un vaccin non moins efficace que la première vaccination. Et pourquoi n'en serait-il point ainsi, puisque, d'un autre côté, il est reconnu qu'une varioloïde légère peut engendrer, par sa transmission d'un sujet vacciné à un non vacciné, une variole confluente et mortelle. Si la variole secondaire est encore douée d'une pareille énergie, la vaccine secondaire ne peut pas en être totalement dépourvue.

Les craintes de ceux qui pensent que la revaccination reconnue nécessaire et utile doit déconsidérer la vaccine en général aux yeux du public, me paraissent mal fondées. Ce que le public reproche à la vaccine, c'est qu'elle n'empêche pas toujours la variole de se développer, quoique sous une forme mitigée, même chez les sujets bien vaccinés, et en cela le public a raison. Or, le meilleur moyen pour éviter ce reproche, c'est précisément de pratiquer la revaccination, opération qui ne peut avoir que des avantages et jamais des inconvéniens. Du moins, je puis affirmer qu'à ma connaissance aucun sujet revacciné n'a été atteint jusqu'à présent d'une éruption varioleuse quelconque.

Je viens de dire que le public avait raison de dire que la vaccine, quoique bien faite, n'empêchait pas toujours le développement d'une variole secondaire. Je terminerai cette note en exposant à l'appui de mon assertion les faits suivans.

Le canton de Bischwiller se compose de vingt-une communes avec environ 25,000 habitans. La vaccination est pratiquée depuis 20 ans d'une manière si générale et si régulière, que la population non vaccinée, y compris les nouveaux-nés, ne forme pas plus du 30e du chiffre total. En 1832 et 1833, l'épidémie varioleuse se développa dans dix-sept communes du canton, et le nombre total des malades s'y est élevé à 439 dont 93 sujets non vaccinés et 346 vaccinés, ou du moins reputés tels, car il en est resté plusieurs de la vaccination desquels je n'ai pu m'assurer régulièrement.

Considérés sous le rapport de leur âge, ces 439 variolés comprennent

103	malades	âgés de moins de 10 ans.
146	—	âgés de 10 à 20 ans.
156	—	âgés de 20 à 30 ans.
34	—	âgés de 30 à 40 ans.
439		

La première classe, celle des sujets âgés de moins de 10 ans, est par son âge même la plus nombreuse dans la population; elle offre en outre un plus grand nombre de sujets non vaccinés, et pourtant la proportion des variolés dans cette classe est d'un tiers inférieure à celle des deux classes suivantes.

D'où vient cette différence si frappante, si ce n'est de ce que, dans les années qui suivent immédiatement la première vaccination, l'effet préservatif de la vaccine, est plus complet, et qu'il s'affaiblit progressivement sinon chez tous les vaccinés, au moins chez quelques-uns? Cette conclusion est forcée. On voit que le tableau ci-dessous ne fait que confirmer pleinement les corollaires tirés de celui donné plus haut.

Après l'âge de 30, et surtout de 35 ans, la disposition à contracter la varioloïde s'affaiblit rapidement, et passé cet âge la revaccination cesse d'être aussi nécessaire qu'auparavant.

Luroth.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Observations d'aménorrhée avec des remarques, par le docteur Lindsly, de Washington.

Le moyen qu'a employé le docteur Lindsly pour rétablir le cours des règles chez les femmes dont il rapporte les observations n'est pas nouveau dans la science; car il s'agit simplement d'un mélange d'aloès et de mirrhe. Cependant, comme on a trop souvent refusé à ces médicamens la propriété que paraît avoir constatée de nouveau M. Lindsly, nous allons analyser l'une des observations qu'il rapporte ici pour faire connaître la manière dont il dirige le traitement d'une maladie trop souvent rebelle à tous les moyens. Suivant l'auteur, un très-grand nombre d'insuccès sont dus au peu de temps pendant lequel le traitement est continué plutôt qu'à l'inefficacité

des moyens eux-mêmes. Si, au lieu de suivre une médication pendant un petit nombre de jours et de l'abandonner alors, parce qu'elle n'a pas rempli complétement tout ce que nous en espérions, nous la continuions pendant des semaines, ou même des mois, les résultats seraient souvent différens de ceux que l'on obtient d'expériences et d'essais faits à la hâte.

Ces considérations, que l'auteur semble présenter spécialement aux médecins du nouveau monde, pourraient s'adresser aussi bien à un grand nombre de notre partie du globe, et spécialement de la France, qui semblent éprouver le besoin d'écarter de la science tous les moyens dont l'action ne peut être expliquée d'après nos théories.

M. Lindsly préfère, après avoir fait quelques essais comparatifs, employer l'aloès et la myrrhe à parties égales; il les fait prendre en pilules après avoir fait précéder ce traitement d'une saignée ou d'une dose de calomel, suivant que le cas le peut exiger; il continue ce traitement pendant deux ou trois mois, si c'est nécessaire, et dit avoir constamment réussi par ce moyen, dans les cas d'aménorrhée, à rétablir l'écoulement menstruel, excepté chez les sujets phthisiques ou atteints de quelque autre affection organique qui les entraînait rapidement vers le tombeau.

Obs. — Le sujet était une jeune dame âgée de 16 ans, d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux. Lorsque je la vis pour la première fois, elle était affectée d'aménorrhée depuis cinq mois; elle éprouvait une forte dyspnée; son état général était extrêmement affaibli; son moral très-abattu, et elle était si mal que ses amis ne conservaient plus d'espoir de la voir se rétablir. Elle avait consulté plusieurs médecins, et prit des médications différentes sans aucun effet avantageux. Comme elle avait été déjà saignée, et avait été très-débilitée par cette émission sanguine, je commençai immédiatement le traitement. La malade prendra soir et matin une des pilules suivantes :

Prenez aloès et myrr., de chaque 30 grains.

Faites quinze pilules dont le malade prendra une le matin et une le soir. Le régime convenable fut prescrit. Exercice en plein air, etc. Au bout de neuf semaines les règles avaient reparu, la santé s'était rétablie, et depuis 1829 la malade n'a pas éprouvé de rechutes.

On a beaucoup vanté dans ces derniers temps la teinture soluble de gaïac dans le traitement de la même maladie, et même elle a été considérée par quelques médecins comme un spécifique contre l'aménorrhée; mais quelques essais peu heureux portent M. Lindsly à croire que les succès de ce médicament ont été au moins beaucoup exagérés.

Observation d'une fracture de l'humérus non-consolidée, traitée avec succès par l'injection d'un liquide stimulant dans la plaie; par Isaac Hulse, chirurgien à l'Hôpital naval de Pensacola.

Obs. — Isaac Harding, matelot, âgée de 25 ans, tomba du haut d'un mât dans la nuit du 29 novembre 1832; le capitaine se trouva sous lui à l'instant de sa chute, ce qui le sauva probablement d'une mort immédiate. En le relevant on trouva le bras fracturé à quatre pouces au-dessus de l'olécrâne, le fragment inférieur faisait saillie à travers les tégumens. Il y avait en même temps commotion cérébrale et plusieurs contusions au crâne ainsi qu'en d'autres parties du corps. Le délire survint; puis après quelques jours un érysipèle du cuir chevelu. Le malade fut saigné et soumis à un traitement antiphlogistique. Le 9 décembre suivant il fut admis à l'hôpital de Pensacola.

Deux mois après l'accident la santé générale était rétablie; mais la fracture n'étant point consolidée, M. Hulse pensa à recourir au séton du docteur Physick. Toutefois il s'arrêta à un autre mode de traitement, consistant à injecter tous les jours un liquide stimulant dans la plaie qui était demeurée ouverte et était devenue fistuleuse. Il commença par injecter du vin d'Oporto étendu d'eau, puis une solution de sel marin, et enfin une solution de sulfate de cuivre. Dans l'espace de deux mois une ferme consolidation s'était établie, et le malade put s'exercer à enfoncer des clous, et à d'autres occupations qui demandent une forte action du membre. L'ouverture fistuleuse persista néanmoins. Deux mois plus tard un petit fragment d'os se présenta à son orifice et fut extrait; le 25 septembre on en enleva au moyen du bistouri un autre qui avait un pouce et demi de long sur un pouce de large, et tout faisait prévoir une guérison complète.

L'auteur se demande si la consolidation doit être attribuée aux injections, ou bien à l'irritation entretenue par la présence des esquilles. Mais, dans cette dernière hypothèse, pourquoi le cal ne s'était-il pas formé avant les injections? Si l'on se décidait en faveur du nouveau moyen, on pourrait en faire usage même dans les fractures sans plaie en incisant jusqu'à la fracture, et y tenant à demeure un tube pour y faire autant d'injections qu'il serait nécessaire. M. Hulse pense qu'elles développeraient une inflammation plus étendue et donneraient plus de chances de succès que le séton.

Nous avons peu à dire de ce nouveau moyen, qui a besoin d'être essayé de nouveau; mais le fait ci-dessus rapporté ne nous paraît prouver ni pour ni contre. Il n'y a rien d'extraordinaire à ce qu'une fracture comminutive et compliquée de plaie ne soit pas consolidée au bout de deux mois, surtout si l'on songe aux graves accidens qui ont dû encore détourner sur un autre point l'énergie vitale; nous avons vu de cas moins compliqués résister plus long-temps à la consolidation, sans qu'il fût besoin pour la déterminer de recourir à des moyens extraordinaires. Nous dirons à ce propos que ce qui jette surtout de l'incertitude sur la valeur des opérations tentées pour consolider des fractures rebelles, c'est qu'on n'a pas assez distingué les cas où le défaut de cal ne tenait qu'à des circonstances accidentelles, de ceux où il provenait d'une disposition particulière de l'économie. Dans le premier, tous les moyens réussissent, même la simple contention plus ou moins prolongée; dans les autres, le succès est bien moins assuré. Les injections, jugées *a priori*, nous semblent même une bien faible ressource, comparées à l'insertion d'un séton, la résection, à la cautérisation des fragmens, etc., qui toutes dans les mains des opérateurs les plus habiles, comptent cependant autant de revers que des succès.

Observation d'ossification du tissu musculaire, par David Rogers, M.-D., professeur de chirurgie à New-York.

L'extrême rareté de l'affection dont nous allons donner l'histoire, si même il existe un autre cas semblable dans la science, lui communique un assez haut intérêt pour que nous en reproduisions avec soin tous les détails.

Obs.—En juin 1832, le docteur R. fut consulté pour James Mulwill, âgé de 13 ans. Le père rapporta que depuis son enfance le malade avait joui d'une bonne santé, et se faisait remarquer par la vivacité et le feu de son esprit. Il y avait six mois que sa santé s'était graduellement altérée sans cause connue. On nota dès l'abord une perte de mouvement dans les bras; il ne pouvait les élever à sa tête, ou écarter le coude à une grande distance du tronc. Le mouvement du bras droit diminuait chaque jour, jusqu'à ce qu'enfin il demeura fixé d'une manière permanente au côté du corps. Bientôt après la tête s'inclina en avant et en bas sur le sternum. Quand le docteur R. le vit pour la première fois, l'appétit et la digestion ne semblaient pas avoir souffert, le sommeil était bon, les selles régulières. A l'éxamen il trouva le muscle grand pectoral ossifié à sa partie supérieure, et dans la direction de la clavicule au bras; le dépôt, de matière osseuse, formait des élévations hautes et irrégulières. Le sterno-cléïdo-mastoïdien était ossifié depuis le sternum jusqu'à sa portion moyenne, avec plusieurs élévations. C'était au dos qu'était la plus grande quantité de matière osseuse, sous forme de tubercules. L'omoplate était fixée aux côtes, et parsemée d'excroissances osseuses. Tous les muscles qui vont à l'omoplate paraissaient plus ou moins affectés, c'est-à-dire le trapèze, le rhomboïde, le sous-scapulaire, etc. Le grand dorsal formait une large plaque osseuse depuis son origine jusqu'à l'angle de l'omoplate; en ce point il était réuni aux côtes et formait un tubercule volumineux. Le long dorsal était dans une condition pareille; il figurait une attelle étendue en haut le long de l'épaule; et de là venait sans doute la perte complète du mouvement des vertèbres lombaires.

Le traitement fut varié et consista dans une série d'expériences, dans le but de réprimer la prédisposition à la formation de substance osseuse. La santé générale n'étant point matériellement affectée, on eut recours aux altérans, tels que diverses préparations de mercure uni à la salsepareille. Puis on essaya les acides, tels que l'acide nitrique, l'acide muriatique, l'acide sulfurique; puis le carbonate de fer, puis l'iode, et le tout sans succès.

Après trois mois d'essais, aucune amélioration n'étant obtenue, et les dépôts osseux n'ayant fait qu'augmenter, on abandonna tout traitement actif, et on prescrivit seulement, comme nourriture principale, des viandes salées, dans la vue de produire une sorte de scorbut artificiel, et en se fondant sur ce fait que dans le scorbut il ne se fait pas de dépôts de matière osseuse, et que les fractures, réunies même depuis plusieurs années, se séparent quelquefois dans la diathèse scorbutique. Vers ce temps, par des raisons inconnues, le malade cessa durant plusieurs mois d'appeler son médecin. En mars 1833, celui-ci retourna le voir; il était fort changé; la santé générale avait souffert; il avait perdu sa vivacité d'esprit et était devenu très-irritable; il y avait de la diarrhée, une émaciation avancée; les dépôts de matière osseuse avaient en quelque façon changé de place; le sterno-mastoïdien était devenu libre, et la tête avait repris sa position verticale. Plusieurs des tubercules du dos avaient été absorbés, et d'autres s'étaient formés en différentes places. Il y avait aussi des dépôts osseux dans les muscles qui entourent le grand trochanter, particulièrement du côté droit. Le malade était obligé de rester dans son lit, le moindre mouvement déterminant des douleurs intolérables. Une vaste collection de pus formée dans l'épaisseur de la cuisse, près de l'articulation, s'ouvrit et apporta quelque soulagement; mais la constante pression des tubercules osseux sur le dos, produisit une gangrène étendue, et après trois semaines d'une douloureuse agonie, la malade succomba.

Autopsie douze heures après la mort.

Les glandes du mésentère étaient accrues en volume. On ne trouva aucune trace de substance osseuse dans le système vasculaire; l'ossification semblait entièrement bornée au système musculaire. Les parties contenues dans la poitrine et l'abdomen parurent à l'état normal. Le grand et le petit pectoral étaient réunis en un seul muscle et fixés aux côtes par une ossification solide; les portions tendineuses n'étaient point affectées. Durant cette partie de la dissection on ouvrit un large abcès de chaque côté du thorax, contenant environ six onces de pus. Les muscles du dos étaient tous plus ou moins dans la même condition. Le docteur Rogers conserve dans son muséum des portions du long dorsal, du sous-scapulaire et du pectoral. Dans plusieurs points des pointes osseuses faisaient saillie hors des muscles d'un ou deux pouces; et c'est sans doute à l'irritation qu'elles occasionèrent, qu'il faut attribuer la formation des abcès.

Note sur l'autopsie d'une femme suicidée presque immédiatement après le coït, par H. Bond, docteur-médecin à Philadelphie.

Cette observation n'est complétement neuve ni dans ses détails ni dans ses résultats; cependant comme la plupart des faits que la science possède sur ce sujet sont empruntés à l'anatomie comparée, il est utile de recueillir, comme moyen d'appréciation, les expériences que le hasard nous offre de loin en loin sur l'espèce humaine.

Obs. — En mai 1829, dit l'auteur, je fus invité par M. le docteur Samuel Tucker à faire l'autopsie d'une femme qui s'était empoisonnée. Elle paraissait âgée de 18 à 20 ans, bien conformée, de bonne santé. Elle avait coïté une bonne partie de la nuit avec un jeune homme, et avant le matin elle avait avalé une grande quantité de laudanum; et tous les efforts du docteur Tucker n'avaient pu la sauver. Le corps fut ouvert le lendemain matin en présence des docteurs Tucker et Meigs. On n'ouvrit ni le crâne ni la poitrine. Les viscères abdominaux n'offraient aucune altération morbide, mais l'estomac exhalait une forte odeur de laudanum. Voici ce qu'on trouva dans les organes de la génération.

L'utérus était plus volumineux que je ne l'avais jamais vu dans l'état normal et sans imprégnation; et sa couleur indiquait une vascularité considérable. Les ovaires étaient volumineux, très-vasculaires et

situés plus près de l'utérus que de coutume ; ils semblaient être attirés contre les côtés de cet organe tellement qu'il y avait à peine entre eux et l'utérus un quart de pouce d'intervalle. Les trompes de Fallope étaient très-vasculaires, plus fermes et d'apparence plus charnue que de coutume ; au lieu de se terminer par des franges flottantes, elles paraissaient unies par leur extrémité avec les ovaires, et fort tortueuses à raison de l'intervalle rétréci qui séparaient ces organes de leur origine. A la surface des ovaires on voyait quelques petites vésicules du volume d'une dragée, faisant peu ou point de saillie, et contenant un liquide légèrement trouble. Des ovaires et des franges on voyait pendre plusieurs petites vésicules au moyen de pédicules très-déliés et d'un quart à sept huitièmes de pouce de longueur. On aurait dit des gouttes pyriformes de mucus, un peu plus grosses que des pepins de raisin, recouvertes d'une pellicule extrêmement fine, qui semblait constituer le pédicule auquel elles étaient suspendues. En ouvrant l'utérus par une incision, on trouva sa cavité tapissée d'une couche épaisse d'une substance qui avait l'aspect et l'odeur bien prononcée et caractéristique du sperme. Le col utérin en contenait également. Les trompes de Fallope (au moins la seule qui fût ouverte), contenaient une matière en apparence la même ; mais on ne vérifia point si elle avait bien l'odeur séminale, En enlevant cette matière de la paroi utérine, on trouva celle-ci d'un rouge vif, de la couleur de la conjonctive dans l'ophthalmie aiguë, ou bien encore aussi rouge que si elle avait été injectée avec du vermillon.

Sur la membrane antérieure de l'œil, par M. W.-C. Wallace, D.-M.

Cette note contient quelques faits intéressans d'anatomie. L'auteur a cherché à démontrer l'existence d'une cuticule distincte qui recouvre la cornée et même la conjonctive, et se continue avec l'épiderme extérieur. Pour la rendre sensible, il suffit de plonger un œil de bœuf ou de mouton dans de l'eau bouillante ; mais le meilleur moyen est de faire macérer l'œil pendant quelques semaines dans du vinaigre, et de le plonger alors avec précaution dans l'eau bouillante ; on fait ainsi durcir cette membrane qui est albumineuse, sans altérer les autres tuniques de l'œil.

Il est d'avis que la conjonctive ne passe point pardessus la cornée ; aussi ne croit-il point que le ptérygion ait son siége dans la conjonctive. Il fait remarquer que dans l'ophthalmie strumeuse les pustules se montrent plus fréquemment sur la cornée que sur la conjonctive, et que la perte de substance de la cuticule est aussi facilement réparée que celle de l'épiderme ordinaire.

Une expérience non moins curieuse est celle-ci : si l'on plonge un œil dans l'acide nitrique étendu d'eau, la cornée est corrodée, mais la membrane qui la revêt intérieurement (membrane de Descemet) résiste. Une résistance analogue se retrouve encore dans l'économie vivante, et cette membrane seule retarde pendant long-temps l'ouverture de l'œil lorsque la cornée est traversée par une ulcération dans toute son épaisseur.

Observation d'œsophagite, par le docteur Zabriskie.

Les cas d'œsophagite aiguë, idiopathique, sont assez rares pour que nous croyions devoir rapporter l'observation suivante, bien qu'il nous reste quelques doutes sur la nature réelle de la maladie.

Obs. — Sarah Daniel, âgée de 25 ans, d'une complexion faible, était privée de ses règles depuis sept mois. Elle avait pris beaucoup de médicamens et entre autres une forte dose de calomel qui lui avait causé une abondante salivation. Elle dit avoir eu beaucoup à souffrir de cette salivation qui dura deux mois. Le 9 juin elle entra à l'hôpital, se plaignant d'une dyspnée considérable, d'ulcères aux gencives, d'un gonflement douloureux de l'articulation du pied gauche, d'anorexie et surtout d'une grande difficulté à avaler. Elle disait sentir une espèce de tumeur sur le trajet de l'œsophage et dont la pression l'empêchait d'avaler. Le bol alimentaire semblait descendre jusqu'à l'obstruction, mais ne pouvait passer au-delà, et était aussitôt ramené dans la bouche. Elle avalait avec moins de difficulté quelques boissons douces, mais encore chaque effort de déglution était suivi de douleurs. Cette difficulté était plus grande à certaines époques qu'à d'autres ; quelquefois l'obstruction paraissait placée près du gosier, d'autre fois elle semblait en être plus éloignée. Il n'y avait pas de mouvement fébrile ; la peau était froide ; la langue humide et nette ; le pouls régulier.

L'absence de fièvre, le changement apparent dans la hauteur de l'obstacle, et l'aménorrhée firent soupçonner une affection hystérique. L'assa fœtida, un vésicatoire sur le sternum et la magnésie, furent employés avec peu d'avantage. Cependant la malade dit qu'elle avalait avec moins de difficulté les fluides doux qu'on lui faisait prendre pour alimens. L'obstacle lui semblait être placé plus bas. Peu de temps après elle se plaignit d'une douleur à l'épigastre, augmentant à la pression, avec soif ; puis elle fut prise de diarrhée, des vomissemens, et mourut le 29 juin.

Autopsie 4 heures après la mort. Le tissu adipeux est très-abondant presque partout.

Les poumons adhérens sur plusieurs points présentent des espaces verdâtres dont le volume diffère depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à la grosseur d'une noisette. Les bronches contiennent un fluide purulent. Le cœur est du volume naturel et couvert d'une grande quantité de graisse. L'œsophage contient un fluide qui a la couleur et la consistance du pus. Les vaisseaux de la membrane muqueuse sont fortement injectés de sang, et la partie antérieure du canal près de la courbure de l'aorte, où elle rapportait ordinairement ses plus vives souffrances, est complètement désorganisée, et, sur une largeur d'environ deux pouces, peut être réduite en bouillie par la pression entre les doigts. L'œsophage est perforé sur plusieurs points dans cette étendue, et le tissu cellulaire voisin offre une légère infiltration purulente aux environs. La rougeur s'étend de ce point à l'estomac et au duodénum dont les vaisseaux sont fortement injectés de sang, et la muqueuse est si molle en quelques points, qu'on peut, en pressant légèrement avec les doigts, la réduire en bouillie. Au-dessous du duodénum la muqueuse reprend sa couleur ordinaire. La rate est très-épaissie, l'utérus a son volume normal, mais les ovaires sont petites et semblent ratatinés.

II. THE MEDICAL MAGAZINE.

Le magasin médical se publie à Boston et paraît par cahiers mensuels. Nous avons eu déjà occasion d'en extraire quelques articles importans; cette revue sera consacrée aux faits les plus curieux contenus dans les douze numéros de 1832.

Rupture du foie.

On sait que quelques chirurgiens ont essayé d'expliquer la fréquence des abcès du foie dans les plaies de tête, par une rupture de ce viscère. D'autres recherches ont fait prévaloir une autre opinion ; mais on n'a pas songé à se démander quels seraient réellement les symptômes des ruptures du foie , et c'est une affection à peu près complètement inconnue ou négligée des pathologistes. Le fait qu'on va lire en offre un exemple très-remarquable.

Obs. — L. D. , charretier , âgé de 28 ans , carrure large et musculaire, habitudes intempérantes , fut renversé par une voiture chargée d'un baril d'huile; la roue lui passa transversalement sur la région ombilicale. Immédiatement après l'accident, un médecin lui prescrivit un actif cathartique qui fut réitéré plusieurs fois sans aucun résultat. Des lavemens aussi forts actifs furent administrés jusqu'au nombre de 22, sans un meilleur succès. Douze sangsues furent appliquées sur l'abdomen , et enfin , 40 heures après l'accident, il fut apporté à l'hôpital général de Massachusett.

La face était pâle et recouverte d'une sueur froide; anxiété ; respiration accélérée et laborieuse ; l'intelligence était conservée , et le malade conversait raisonnablement sur son accident ; il ne pouvait se tenir assis ni debout ; il avait des nausées et des vomissemens continuels. En palpant l'abdomen, on le trouva gonflé et tendu , très-sensible partout à la pression ; nulle ecchymose , hors en une petite place à la crête iliaque ; les muscles droits dans un état de contraction permanente. Le malade ressentait dans tout le ventre des douleurs vives , mais non limitées à aucune région. L'urine coulait librement et sans coloration sanguine. Les pulsations de l'artère radiale étaient imperceptibles ; celles de la carotide faibles et montant à 130 par minute.

On lui donna à son entrée 20 gouttes de laudanum ; on appliqua des sangsues et on administra une goutte d'huile de croton répétée jusqu'à trois fois, de 4 en 4 heures. A la troisième il y eut cinq copieuses déjections ; le pouls redevint sensible au poignet. Le troisième jour il paraissait mieux ; une seule goutte d'huile de croton suffit pour obtenir trois selles ; l'appétit se montra, et on permit un peu d'arrowroot. Le quatrième , l'huile de croton eut le même succès , mais les forces défaillirent , et le malade mourut 4 jours et 14 heures après l'accident.

Autopsie trois heures après la mort.

A l'ouverture du péritoine , il s'en écoule de 4 à 5 pintes (quarts) de sang coloré en noir et mêlé d'une grande quantité de bile. Ce sang n'était point divisé en sérum et en caillot, et paraissait moins épais que celui qu'on tire ordinairement par la saignée. Tous les viscères abdominaux étaient recouverts d'une couche épaisse et adhérente, ayant l'aspect d'un dépôt de fibrine mêlé à une grande proportion de bile. Les intestins n'avaient souffert ni rupture ni altération morbide. En soulevant le foie on le trouva fracturé horizontalement de sa face postérieure à l'antérieure. Les deux fragmens ne tenaient l'un à l'autre que par une petite portion du péritoine. En enlevant le foie tout entier , on trouva une autre fracture partielle de sa moitié supérieure , se portant du bord de la première en haut et en dehors , et circonscrivant une petite portion pareille à un coin , dont la base répondait aux côtés. Toute la glande était fort accrue en volume, légèrement colorée et très-facile à rompre.

Effets de l'iode sur l'épiderme et les cheveux, par M. Stedman.

L'auteur de cette notice rapporte que, dans l'hiver de 1831 et 1832 , après avoir été obligé de pratiquer l'amputation de la jambe chez un sujet affecté d'une maladie scrophuleuse du coude-pied , il ne put obtenir pendant long-temps la guérison de quelques ulcères scrophuleux situés sur le tibia. Voulant agir sur la constitution et combattre la diarrhée , qui semblait entretenir ces accidens fâcheux, il prescrivit l'iode. Avant cependant que l'apparence des ulcères eût été modifiée et quinze jours environ après que le malade eût commencé à faire usage de l'iode, il remarqua que le cuir chevelu , qui depuis long-temps était couvert d'écailles et d'ordures , en était complétement débarrassé , et que ses cheveux , qui auparavant étaient secs et comme terreux , avaient pris un beau luisant et étaient plus flexibles qu'ils ne l'avaient jamais été.

Cette observation du malade mena M. Stedman à faire la même remarque chez d'autres sujets scrophuleux qui étaient soumis à la même médication. Une chose remarquable , c'est que, pendant que les cheveux et le cuir chevelu éprouvaient cette amélioration, les tumeurs ou les ulcères scrophuleux , contre lesquels cette médication était spécialement dirigée, restaient toujours dans le même état.

Tous ces malades étaient soumis à la diète lactée et à l'usage de l'iode d'après la formule suivante , donnée par M. Lugol.

Prenez :	Iode.	5 grains.
	Hydrochlorate de potasse.	10 grains.
	Eau distillée.	4 onces.

Six gouttes deux fois par jour ; augmenter graduellement jusqu'à quarante gouttes.

Luxation du fémur en haut et en avant.

S'il règne encore tant de vague sur certaines affections du système osseux , c'est surtout par le défaut d'observations exactes et en nombre suffisant. Tous ceux qui se sont occupés de cette matière ont reconnu cette disette extraordinaire de faits. C'est donc remplir une véritable lacune que de recueillir des observations telles que celles qu'on va lire , quand même l'état de la science ne permettrait pas d'en tirer des conséquences claires et immédiates.

Luxation du fémur en haut et en arrière, datant de douze jours; réduction; par le docteur Hayward.

Obs. I.—George Geyer, âgé de 10 ans , fut frappé

immédiatement au-dessous de la rotule gauche par la chute d'une pièce de merrain qui le renversa. Quand on le releva, il ne pouvait ni se tenir debout ni supporter sur le membre lésé le moindre poids. Ses parens, ne soupçonnant pas la gravité de cet accident, ne consultèrent d'abord aucun chirurgien. Après dix jours seulement, ils l'amenèrent à la ville ; la luxation fut reconnue, et des tentatives faites pour la réduire, mais sans succès.

Deux jours après il fut apporté à l'hôpital général de Massachusett. Le docteur Hayward l'examina; la luxation en haut et en arrière était évidente. On coucha le malade sur un lit; un drap fut passé entre les cuisses et ses chefs ramenés obliquement en haut au côté gauche du tronc, puis attachés au chevet du lit. Une bande mouillée fut placée autour du membre immédiatement au-dessus de la rotule ; et une seconde fixée à la première, servit à faire l'extension. Celle-ci confiée à deux aides, fut exercée dans la direction du membre un peu en-dedans et en avant, de manière à croiser le membre sain précisément au dessus du genou.

L'extension fut d'abord faite avec soin et lenteur jusqu'à ce que le malade sentit de la douleur; alors on la suspendit pour laisser aux muscles le temps de se fatiguer et de se relâcher. Après un court intervalle, les aides recommencèrent à tirer d'une manière plus forte ; et en même temps, le chirurgien s'apercevant que la tête de l'os s'était rapprochée de sa cavité, fit faire au genou et au pied un mouvement de rotation, et élevant la tête la sentit glisser dans sa cavité. L'opération, à dater du commencement de l'extension, dura moins de trois minutes.

Avant de reporter le malade dans son lit, on entoura fermement avec des bandes les jambes et le bassin pour prévenir le retour du déplacement. Aussitôt après l'opération on lui fit prendre 40 gouttes de teinture camphrée d'opium. Il dormit parfaitement ; et le lendemain matin la douleur était moindre qu'avant la réduction. Cinq jours après, il était bien et pouvait se promener dans la salle ; il demanda sa sortie qui lui fut accordée sans inconvénient.

Luxation du fémur sur l'ilium ; réduction le douzième jour. Par J.-C. Howard, D.-M.

Obs. II. — Charles Stetson, charpentier, âgé de 35 ans, entra à la Maison de l'Industrie le 28 juillet. Il avait été renversé dix jours auparavant par une voiture, et avait eu une luxation du fémur accompagnée d'une très-forte contusion.

Le 29, M. Howard l'examina ; il trouva la tête de l'os luxée sur l'ilium, le membre raccourci d'un pouce et demi, le genou fléchi par-dessus le membre sain et le pied si fortement tourné en dedans, que le gros orteil répondait au tarse du pied de l'autre côté. La cuisse ne pouvait se mouvoir qu'en dedans ; le grand trochanter était plus élevé et plus près de la crête iliaque que dans l'état normal, et en mouvant le membre on pouvait sentir rouler la tête de l'os sous les muscles. La luxation bien constatée on prescrivit une large dose de sels purgatifs et de séné, et le lendemain fut fixé pour tenter la réduction.

Le 30 donc, de bon matin, le purgatif de la veille ayant bien opéré, on prescrivit de l'antimoine à doses nauséeuses, dans le but de relâcher le système musculaire et de faciliter ainsi la réduction. Comme on n'avait pu se procurer aucun des appareils ordinaires, le docteur Howard se fit assister du docteur Palmey, d'un étudiant en médecine et de quatre hommes robustes, locataires de l'établissement. Un drap plié selon sa longueur fut passé sous le périnée et ses deux chefs ramenés obliquement par-dessus l'épaule du côte opposé (*of the opposite side*), et là assujéties par une corde solide. Un coussinet de coton fut enroulé autour de la cuisse luxée au-dessus de la rotule, recouvert d'une serviette molle, et une corde robuste fut alors fixée sur le coussinet et servit à faire l'extension. Celle-ci ayant été portée au degré convenable à l'aide d'une légère rotation, les muscles repoussèrent la tête de l'os dans sa cavité. La réduction fut opérée en moins de trois minutes.

Le docteur Howard dit en finissant que ce fait démontre la vérité du vieux proverbe : Nécessité est mère de l'invention. Il y a en effet quelque chose de nouveau dans ce fait ; mais ce n'est pas sans doute ce que l'auteur a cru y voir. Pour lui, l'invention consiste apparemment dans l'emploi des aides substitués aux poulies ; pour nous, ce que nous remarquons, c'est la direction du lacq de la contre-extension, qui est contraire à celle que l'on conseille généralement, et qui ne nous paraît pas aussi favorable, quoique le succès l'ait justifiée pour cette fois.

Luxation du fémur en haut et en arrière, réduite après 7 à 8 semaines, par M. Warren.

Obs. III.—Le malade est un homme de 27 ans, qui, en luttant sur un terrain de sable profond et mobile, fut renversé par son adversaire et tomba la cuisse placée en travers, et le pied dans ce même moment profondément engagé dans le sable. Lorsqu'il tenta de se relever, il sentit une douleur dans la hanche droite ; mais ayant pu se tenir debout, cette circonstance empêcha de soupçonner la luxation ; elle ne fut reconnue qu'après quelques semaines, par un praticien du voisinage qui conseilla au malade de venir à l'hôpital.

Le membre était raccourci de 3 à 4 pouces ; le pied tourné en dedans ; les mouvemens du membre fort limités; la fesse du côté droit plus large que l'autre ; la tête du fémur se sentait très-distinctement sur l'illium; le trochanter était sur un plan plus antérieur, et il y avait une excavation sensible dans l'aine.

Une consultation fut tenue entre les docteurs Ingallo, Dixwell, Brown et Walker, et l'on décida que le cas était favorable pour tenter la réduction. En conséquence je mis ce projet à exécution, aidé de mon collègue le docteur Hayward.

Le malade fut mis dans un bain chaud une heure avant l'opération, et durant ce temps on lui administra de petites doses d'une solution de tartre stibié, mais sans aucun effet appréciable. Puis on le coucha sur une table, le plus rapproché possible du bord de la table correspondant au côté droit. Un lac bien rembourré fut passé par dessus l'aine droite, dirigé obliquement en dehors et assujetti, à l'aide d'une corde, à un anneau disposé à trois pieds au-dessous du niveau de la table. Un autre lac fut serré avec précaution au-dessus du genou, dirigé obliquement en dedans, et assujéti, à l'aide d'une corde, à un anneau placé à trois ou quatre pieds au-dessus du niveau du malade, de manière que le membre luxé croisât un peu le membre sain. Puis on attacha les

poulies, et l'on fit une extension modérée et graduée. Durant l'extension on ouvrit la veine au bras gauche, et on laissa le sang couler jusqu'à ce que le pouls fût réduit à une dépression aussi forte que la prudence le permettait. A la longue le malade tomba en défaillance et eut des vomissemens. L'extension fut continuée sans relâche durant 40 minutes. Le membre avait recouvré une longueur égale à celle de l'autre; cependant aucune apparence de réduction ne se manifestait. Alors, faisant placer une serviette roulée par-dessus le bord supérieur du membre, je saisis la jambe, et la fléchissant autant que possible sur la cuisse, je poussai le genou en haut et en dehors dans la direction de la tête de l'os, qui fut ainsi sensiblement bougée de sa place. Une répétition de la même manœuvre, accompagnée de la plus grande flexion possible du fémur sur le bassin dans la direction de la tête de l'os, tira cette dernière de sa position, et la replaça dans sa cavité avec un bruit sensible et un choc qui fut perçu par le malade et par les assistans qui se trouvaient près de lui.

Les accidens consécutifs furent légers, et au bout de onze jours le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri et marchant sans incommodité.

« Dans trois autres cas de la même espèce de luxation, qui se sont offerts dans les deux ou trois dernières années, la réduction a été opérée dans chaque cas par une manœuvre différente après l'application des poulies. Ce qui, ajoute l'auteur, m'a rappelé en mémoire la remarque de sir A. Cooper, « que, dans des cas semblables, on peut recourir avantageusement à divers modes d'opération. » Dans un de ces cas, la luxation datait d'une semaine; les poulies et d'autres moyens avaient été infructueusement essayés. On plaça le malade sur le côté. Le docteur Fisher, à qui appartenait ce malade, plaça une serviette roulée sur le côté interne du membre, et tira sur elle en la passant par-dessus ses épaules. Durant cette traction, je saisis le pied, et lui imprimant une forte rotation en dehors, la luxation se trouva réduite. Dans un autre cas qui s'offrit à l'hôpital, le membre après l'extension fut ramené presqu'à angle droit sur le tronc, et l'extension pratiquée dans cette direction fut promptement suivie du retour de l'os dans sa cavité. Toutefois, dans ce cas, je crois que la rotation fut plus efficace que l'extension transversale.

» Le dernier cas arriva à Plymouth, et eut pour témoins les docteurs Hayward, Mackie et Wazmer, qui m'aidèrent pour la réduction. L'extension ayant eu lieu durant vingt ou trente minutes, je priai le docteur Hayward de faire tourner la jambe en dehors. Alors l'empoignant au-dessous du genou, j'imprimai au membre un mouvement de rotation et d'abduction, et l'os rentra aisément dans sa cavité.

» Dans les luxations du fémur sur le cadavre, j'ai noté que, de même que le membre après la division partielle des ligamens peut rarement se déplacer sans un mouvement de rotation, de même la réduction peut à peine jamais se faire si elle n'est facilitée par un semblable mouvement. »

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

—

Remarques sur un cas de tumeur sanguine de la paume de la main; par M. Barrère, D.-M. à Choisy-le-Roy.

Dans le numéro du 5 avril de votre journal, M. Rognetta a inséré un article sur les tumeurs sanguines de la paume de la main, et dans cet article l'observation d'un enfant qui a été traité par M. Dupuytren au moyen de la cautérisation par le fer rouge. Partisan de la compression, M. Rognetta se récrie d'abord contre le traitement adopté dans ce cas, et aussi contre le médecin de campagne entre les mains duquel la compression aurait échoué.

Je suis ce médecin de campagne. Je ne sache pas que l'enfant ait reçu d'autres soins que les miens hors de l'Hôtel-Dieu, et je suis bien aise de rétablir le fait tel qu'il s'est présenté à moi. Je n'attache d'ailleurs aucun intérêt d'amour-propre dans cette relation, que je ferai le plus brièvement possible.

Dans le courant du mois de mai 1833 on apporta chez moi un jeune enfant de 5 ans qui s'était laissé tomber sur un fragment de faïence par lequel la partie externe de la paume de la main avait été profondément divisée. L'accident était arrivé à une petite heure de l'endroit que j'habite. Le sang avait coulé avec abondance, et s'était enfin arrêté. Je lavai la plaie à grande eau sans que le sang reparût, et j'en réunis les bords avec des bandelettes agglutinatives. J'allai deux ou trois fois panser le petit malade, et la plaie étant cicatrisée je n'y retournai plus. Dix jours après je revis cet enfant; la cicatrice avait été soulevée, s'était amincie, s'était ouverte, et avait donné passage à une tumeur rouge du volume d'une cerise, fluctuante, offrant des pulsations qui ne cessaient que par la compression des deux artères de l'avant-bras. Je comprimai ces deux artères au moyen de deux compresses longuettes et de tours de bande convenablement serrés; je me contentai d'appliquer un bandage très-lâche sur la main; je craignais de rompre la tumeur dont la paroi était d'une ténuité extrême. Ce fait me parut assez intéressant, et le traitement me sembla assez peu assuré pour m'engager a faire conduire ce jeune enfant à M. Dupuytren.

Jusqu'alors il n'y avait pas eu d'hémorrhagie; j'avais fait tout ce que je croyais convenable pour la prévenir. J'ai été tout étonné d'apprendre par les journaux que mon malade avait eu plusieurs hémorrhagies que je n'avais pas su arrêter! C'est aussi par les journaux que j'ai appris le mode de traitement adopté par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et je suis heureux aujourd'hui de pouvoir lui apprendre, ainsi qu'à M. Rognetta, que le succès a été complet, et que les mouvemens de la main sont aussi libres qu'avant la blessure.

Je me contente de rapporter ce fait d'un intérêt assez grand pour trouver place dans vos colonnes. Je n'ajouterai aucune réflexion. Je vous prie de l'insérer dans un des prochains numéros de votre journal.

Agréez, etc.

Carrère,
Ancien interne en chirurgie de l'Hôtel-Dieu,
médecin dans la Banlieue.

Le 9 avril 1834.

GAZETTE DU 26.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Résultats des expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, sur le traitement des fractures par l'appareil inamovible. — Lettre du docteur Rognetta à MM. Nanula et Petrunti, professeurs d'anatomie et de chirurgie à Naples, membres de l'Académie des sciences, etc.

« L'histoire des fautes peut conduire aussi » sûrement à la perfection que celle de succès. »
(La Matinière, *Mémoire de l'Académie de chirurgie*. t. XIIe, p. 248, édit m-12.)

Je dois à la bienveillance de M. Breschet la permission d'avoir pu expérimenter cette méthode sur trois de ses malades à l'Hôtel-Dieu. Aussi lui dois-je exprimer ici toute ma reconnaissance Ces appareils ont été construits et posés par M. Breschet et moi en présence d'un grand nombre d'élèves.

Le premier appareil inamovible que nous avons posé a été sur un charretier âgé de 54 ans, de bonne constitution et habituellement bien portant. Cet homme avait une fracture oblique de deux os de la jambe gauche avec ecchymose très-considérable de la peau de ce membre, mais sans plaie ni autre complication. L'appareil a été posé le 18 décembre, cinquième jour de l'accident.

Le second a été appliqué, quelques jours après le précédent, sur un homme âgé de 50 et quelques années, de bonne constitution aussi, ayant une fracture très-oblique, mais simple, du corps du fémur.

Le troisième, enfin, a été mis dans un cas de fracture de jambe avec complication grave. Je vais vous dire ce qui s'est passé sur chacun de ces malades.

La construction de l'appareil a été presque identique à celle que j'avais vu mettre en pratique à l'hôpital Saint-Antoine. Voici, du reste en quoi elle a consisté.

Pour la jambe. — J'ai pris 1° quarante blancs d'œufs, je les ai fait bien écumer dans un vase, puis j'ai ajouté 4 onces d'acétate de plomb liquide et 4 à 5 onces d'eau-de-vie camphrée, ce qui a produit une espèce de crême blanche et coulante, à peu près comme de la pâte de meringues ; 2° nous avons disposé le membre sur un appareil ordinaire de Scultet, seulement, cet appareil était en quelque sorte double, car il contenait dans son intérieur plusieurs compresses longuettes qui devaient envelopper le membre avant les bandelettes de Scultet; 3° une bande ordinaire de longueur suffisante pour bander le pied entier jusqu'aux orteils, et rendre la compression égale dans tout le membre ; 4° enfin, deux fanons de paille en place d'attelles de bois, ainsi que le veut M. Larrey. Les choses étant ainsi disposées, nous avons versé petit à petit sur chaque bandelette de l'appareil une certaine quantité de mastic, de manière à les enduire exactement à leurs deux faces et les faire coller au membre fracturé. La bande elle-même qui nous a servi d'abord à bander le pied et le talon a également été trempée dans le même mélange. Nous avons de la sorte fait à la jambe, depuis le genou jusqu'au pied, une espèce de cuirasse emplastique qui en se desséchant est devenue dure comme une planche. Enfin, les deux fanons de paille, roulés dans leur faux fanon, ont été adaptés et retenus sur les parties latérales du membre par les lacs ordinaires. Nous n'avons rien mis sur la face antérieure du membre; seulement, en place de l'attelle moyenne nous y avons versé tout le reste du mastic, afin de bien pénétrer le tout de ce mélange.

Pour la cuisse, l'appareil a été construit absolument de la même manière, si ce n'est que nous avons été obligés d'employer le double de mélange plastique, afin d'en avoir assez pour bander le membre depuis l'aîne jusqu'au pied.

Dans l'un et l'autre cas, des aides exerçaient les extensions ordinaires du membre durant la pose du bandage. Tel est l'ensemble de l'appareil que nous avons mis en usage sur les trois malades que je viens de citer. On voit bien, par la description qui précède, que nous n'avons dans cet appareil négligé que la seule pièce que M. Larrey appelle *talonnière* et qui consiste dans une espèce de coussinet triangulaire qu'on pose derrière le tendon d'achille du membre blessé ; mais nous avons cru devoir remplacer cette pièce par un peu de charpie, par les raisons assignées par de Lamotte à ce sujet (1).

Obs. I. — Le premier de ces malades a été assez docile. Après la première quinzaine, nous avons essayé de le faire lever un peu et de le faire marcher sur des béquilles, sans appuyer le pied malade par terre; mais il a fallu le coucher de suite : un second et un troisième essais de ce genre n'ont pas mieux réussi. Dès lors il s'est contenté de garder le repos au lit jusqu'à l'époque de la levée de l'appareil. Deux mois après son application, l'appareil a été ôté, en mettant le malade dans un bain chaud, afin que les pièces fussent bien trempées et ramollies. « A notre » grand étonnement, nous avons trouvé qu'à cette » époque, la fracture n'était pas encore consolidée et » que les fragmens chevauchaient l'un sur l'autre. » Nous nous consolâmes facilement d'abord de cette non réunion, en en accusant l'intervention de quelque vice interne inconnu : bien que d'ailleurs l'homme n'eût jamais eu de maladie diathésique et qu'à la fracture près, il jouissait de la meilleure santé. Du reste, ce malade n'a jamais souffert durant ce traitement. On a alors été obligé de mettre le membre dans un appareil ordinaire à fracture.

Obs. II. — Le second malade, celui de la fracture de la cuisse, a été, il est vrai, moins docile que le précédent, mais il resta aussi deux mois et quelques jours dans l'appareil au lit. Une seule fois, durant ce temps, nous avons essayé de le lever et de le faire marcher sur des bequilles, mais il a fallu le recoucher en toute hâte. Au bout de cet espace de temps, nous avons ôté l'appareil après l'avoir bien fait tremper dans un bain chaud. « Mais, quel a été notre étonnement de voir qu'ici aussi, la fracture n'était guère consolidée et que les fragmens chevauchaient considérablement l'un sur l'autre. » Le membre fracturé a été, par conséquent, remis dans un appareil ordinaire à fracture.

Aujourd'hui, 1er avril, trois mois et demi après l'accident, la fracture de ces deux malades n'est pas encore consolidée.

(1) Lamotte, obs. 378.

Quand au troisième malade, qui avait une fracture compliquée de plaie, d'hémorrhagie et de la sortie au dehors d'un des fragmens du tibia, son cas était si grave dès le commencement, et il a été accompagné de circonstances si extraordinaires, que je ne crois pas devoir en parler ici. Je dirai seulement, que jusqu'au 13e jour de l'accident, cet homme avait si bien supporté l'appareil inamovible (sans aucune espèce d'accident, sans fièvre, sans douleur, sans refroidissement ou engourdissement du pied, etc.), qu'à cette époque je le croyais hors de tout danger; lorsque, tout à coup, une nuit, sans cause suffisante, ce malade a cru devoir défaire lui-même toutes les bandes de son appareil inamovible, et rester ainsi avec le membre nu jusqu'au lendemain. Cet acte de démence lui a coûté la vie; car, bien qu'il n'y eût aucune trace d'escarre sur le membre par effet de l'appareil, aussitôt que celui-ci a été ôté et que la jambe est restée pendant 6 à 8 heures sans compression aucune, il s'est formé une fluxion si considérable d'humeurs sur la partie, qu'il a fallu venir à l'amputation de la cuisse, dont il est mort. Cette observation étant exceptionnelle pour l'appareil inamovible, je ne la comprendrai pas dans les réflexions que je vais faire.

Réflexions. — N'est-ce pas assez singulier, je dirais même assez bizarre, que de deux malades de bonne constitution traités par M. Breschet et moi, avec la plus grande exactitude, par l'appareil inamovible, aucune de leurs fractures n'ait, au bout de plus de deux mois, présenté de consolidation! Je le demande, est-ce par défaut inhérent à la méthode que nous avons suivie, ou bien la non-consolidation dépend elle d'un vice constitutionnel inconnu? Mais observez bien. Il y a quelques mois, M. Bérard jeune a eu la bonté de m'inviter pour aller à l'hôpital St-Antoine, et y voir les malades fracturés qu'il traitait par l'appareil inamovible. M. Bérard a bien voulu ôter en ma présence un appareil inamovible de la jambe d'une jeune femme qui avait eu une fracture simple depuis deux mois, je crois, et qu'il croyait déjà consolidée. Les pièces de l'appareil ont été fendues longitudinalement à l'aide d'une sonde et d'un bistouri, suivant le précepte de M. Larrey. Eh bien! à la levée de cet appareil, il n'y avait pas eu de consolidation non plus; les fragmens de la fracture de cette femme étaient encore très-mobiles! Aujourd'hui, quatrième ou cinquième mois après l'accident, la malade en question se trouve encore à l'hôpital. M. Bérard pense qu'il faut avoir recours à une cause occulte pour expliquer la non-consolidation de ces fractures. C'est possible: libre à chacun de penser ce qu'il voudra, voici quelle est ma croyance à l'égard des malades que je viens de citer.

L'appareil inamovible, appliqué de la manière que je viens de décrire, laisse, en se desséchant un espace de quelques lignes entre la surface du membre fracturé et les premières bandes de l'appareil. Cet espace permet à l'action musculaire de s'y exercer, et par conséquent de produire le déplacement et le chevauchement des fragmens. De là résulte 1° que la consolidation, quand elle a lieu, exige plus de temps qu'à l'ordinaire pour s'accomplir, car, les fragmens n'étant pas en rapport convenable, la nature a besoin de plus d'efforts et par conséquent de plus de temps pour affermir les deux os qui chevauchent; 2° que ce même manque d'assujétissement suffisant des fragmens est une cause de non-consolidation, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué (Boyer); 3° que l'avantage de la possibilité de faire promener les fracturés dans les salles après quelques jours de l'application de l'appareil, ne nous a point paru réel sur les malades que nous avons traités à l'Hôtel-Dieu.

Tels sont les résultats que nous avons obtenus, et les observations que nous avons eu occasion de faire sur les malades dont nous venons de rendre compte.

Considérons maintenant l'appareil inamovible d'une manière plus générale que nous ne l'avons fait jusqu'ici. Il nous semble impossible que l'appareil inamovible n'ait son application utile dans la pratique, puisque tant de chirurgiens distingués en ont fait l'éloge d'après leur propre expérience. M. le baron Larrey, dont l'expérience chirurgicale est immense, ne traite autrement toutes les espèces de fractures des membres inférieurs, que par l'appareil en question. Les fractures du col du fémur et celles du col de l'humérus, sont également traitées par l'appareil inamovible par ce chirurgien. Il y a quelques jours encore, M. Larrey a bien voulu m'inviter à voir de mes propres yeux, à l'hôpital des Invalides, plusieurs fracturés qu'il traite de la sorte. J'y ai observé entre autres un jeune homme qui avait eu une fracture comminutive, mais sans plaie, de l'extrémité inférieure de os de la jambe, depuis 61 jours, et dont M. Larrey a ôté l'appareil inamovible en ma présence. La consolidation de cette fracture était complète, mais il y avait chevauchement considérable des fragmens, et par conséquent raccourcissement assez notable du membre. On m'a assuré cependant que ce malade avait été très-indocile. Quoi qu'il en soit, ce résultat m'a paru satisfaisant pour un cas de fracture aussi grave. Certes, dans certains cas de fractures compliquées, le raccourcissement ne serait qu'un très-faible inconvénient, si nous pouvions réussir toujours à conserver la vie et le membre à ces sortes de malades.

Plusieurs points ont attiré mon attention dans l'examen de ce malade: 1° L'exactitude, la précision, et, dirai-je même, l'élégance avec lesquelles l'appareil inamovible avait été construit par M. Larrey. Le mélange plastique dont ce praticien se sert est beaucoup plus délayé que celui que nous avons mis en usage, et que j'avais vu employer à l'hôpital Saint-Antoine. Quatre à cinq blancs d'œufs battus et délayés dans une certaine quantité de vinaigre camphré, suffissent à M. Larrey pour imbiber les linges de son appareil. Cette circonstance n'aurait-elle pas quelque influence sur la bonté de l'appareil même? Je conçois en effet que les pièces trempées dans un mélange albuminoso-spiritueux très-liquide peuvent, en se desséchant, s'éloigner moins de la surface du membre que lorsqu'elles sont pénétrées et boursoufflées en quelque sorte par un mastic beaucoup plus épais comme celui qui a été employé dans les autres hôpitaux; 2° la réunion solide de la fracture du malade de M. Larrey; 3° le chevauchement très-visible des fragmens de la même fracture, avec difformité et raccourcissement du membre. Ce dernier inconvénient ne doit-il pas accompagner très-souvent la méthode en question? Si l'on considère cependant que dans les cas de fractures compliquées, graves, faits par coups d'armes à feu, où M. Larrey a le plus souvent eu l'occasion d'expérimenter cet appareil avec avantage, le raccourcissement et la difformité ne sont, ainsi que nous l'avons déjà dit, que de très-légers inconvéniens; la méthode en question ne mérite pas moins l'attention des chirurgiens qui exercent dans les armées, que de ceux

qui exercent dans les campagnes. Voici maintenant quelles sont les idées que je me suis formées sur l'appareil inamovible, et les conclusions que je crois devoir établir dans cette note.

1° Dans l'état actuel de la science, l'appareil inamovible doit rester en chirurgie pour des cas exceptionnels de fractures des membres ;

2° Les cas où l'appareil inamovible me paraît convenable, sont : 1° lorsqu'on se trouve sur un théâtre militaire, qu'on a beaucoup de fractures à panser, et que les circonstances impérieuses de la guerre obligent les malades à voyager d'un endroit dans un autre, durant leur traitement. Dans cette circonstance, l'appareil inamovible offre des avantages inappréciables ; car les malades, ainsi pansés, peuvent impunément supporter les cahots de la voiture. M. Larrey m'a raconté que des militaires, gravement blessés aux os des membres, ont pu, à l'aide de l'appareil inamovible, non-seulement faire, sans inconvénient, de très-longs voyages en voiture, mais aussi se sauver de leurs ambulances à pied, et se soustraire ainsi à l'ennemi On dirait que, dans ces cas, l'appareil inamovible sur une jambe fracturée, remplit presque le même office qu'une jambe de bois sur un moignon déjà cicatrisé; 2° Lorsqu'un accident de ce genre arrive en voyage à une personne dont les circonstances ne lui permettent pas de s'arrêter pour se faire traiter de la fracture dans l'endroit même où cela serait arrivé. Dans ce cas, le lendemain ou le surlendemain de l'accident, le malade est en état de reprendre sa route en voiture sans de grands inconvéniens, si la fracture est simple ; 3° Lorsqu'on a à soigner des fractures dans des campagnes, et que la position du malade et celle du médecin ne permettent pas à celui-ci d'aller le panser aussi souvent qu'il serait nécessaire ; 4° Dans les cas de fracture chez les enfans indociles. Dans ces cas, dis-je, l'appareil inamovible nous paraît pouvoir être d'une utilité non-médiocre.

3° Quant à la manière de construire l'appareil inamovible, je préfère celle de M. le baron Larrey à toute autre, par des raisons que j'ai déjà exposées.

4° Dans la pratique civile, et surtout en ville, dans les grandes cités où le nombre des médecins abonde, et où les malades peuvent exécuter toutes les ordonnances du chirurgien, on aurait tort de se servir de l'appareil inamovible, à moins de circonstances particulières.

5° Je ne crois pas que, dans les fractures du col du fémur, l'appareil inamovible puisse offrir de grands avantages. Dans la pratique civile, dans les fractures non compliquées de plaies, etc., les appareils ordinaires, et surtout ceux dont MM. les professeurs Dupuytren et Roux se servent avec tant de succès dans leurs hôpitaux, nous paraissent préférables à l'appareil inamovible, par plusieurs raisons : 1° parce qu'on guérit avec moins de chances de difformité, et peut-être aussi plus vite qu'avec l'appareil inamovible; 2° parce que vous pouvez toujours, avec l'appareil ordinaire, visiter à nu l'état du membre, vous assurer de la position des fragmens, et y porter remède à temps s'ils sont déplacés, ou si d'autres accidens compliquent la fracture ; 3° parce qu'avec l'appareil ordinaire vous saurez généralement, après le trentième jour de l'accident, si le malade guérira avec ou sans raccourcissement; et par conséquent votre pronostic et votre réputation seront plus assurés dans la famille du malade; tandis qu'avec l'appareil inamovible, vous devez attendre l'époque de l'ouverture de la boîte, pour vous assurer de l'état des parties. Or, à cette époque, s'il y a chevauchement consolidé, que pourrait-on faire? et s'il n'y a pas encore de consolidation, comme dans les cas ci-dessus relatés, comment se conduira-t-on? refera-t-on l'appareil inamovible, ou bien mettra-t-on le membre dans un appareil ordinaire? Dans tous ces cas la réputation du chirurgien ne serait-elle pas compromise? On voit bien, d'après tout ce qui précède, que, dans l'état actuel de nos connaissances, rien, dans la pratique civile, ne nous oblige encore à changer de bonne foi la méthode ordinaire de traiter les fractures simples.

Mais une question importante se présente ici à notre examen. Lorsqu'on a à traiter une fracture compliquée de plaie, l'appareil inamovible n'est-il pas préférable à nos appareils ordinaires ? Dans les cas où l'amputation ne paraît pas très-urgente, M. Larrey assure guérir presque toutes les fractures compliquées à l'aide de l'appareil inamovible. Tout le monde sait que dans ces circonstances la pratique de ce chirurgien consiste à couvrir toutes les plaies avec des morceaux de diachylon gommé et de poser l'appareil inamovible par-dessus, sans faire aucun autre pansement des plaies jusqu'à la levée de l'appareil. A cette époque, il trouve, dit-on, les plaies cicatrisées au-dessous d'une couche de pus épaissi. Nous, au contraire, nous ne réussissons à guérir qu'un très-petit nombre de fractures compliquées à l'aide de nos appareils ordinaires. J'avoue que, manquant jusqu'à ce jour de faits suffisans de fractures compliquées traitées par l'appareil inamovible, je me trouve dans l'impossibilité de discuter à fond cette question importante. Aussi en laisserai-je l'examen à des hommes plus habiles que moi. Je ne dois pas cependant clore cette lettre sans dire que la chirurgie possède aujourd'hui un des moyens les plus efficaces qu'on ait jamais introduits dans notre art pour traiter les fractures compliquées, c'est l'arrosement continuel d'eau froide sur le membre blessé. Notre ami et confrère M. S. de Renzi, dont le zèle pour les progrès de la science est si connu, ne manquera pas, j'en suis persuadé, de communiquer aux nombreux lecteurs de son estimable journal, les idées que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre.

ROGNETTA,
Docteur en médecine et en chirurgie.

Paris, ce Ier avril 1834.

Amaurose et ramolissement très-étendu du cerveau causés par une tumeur fibreuse de la dure-mère ; hernie dans les fosses nasales d'une tumeur formée par les méninges et simulant un polype vésiculeux ; observation communiquée par M. Max. BOULLET, élève de l'hospice de la Salpêtrière.

Obs. — Lenormand (Marie-Désirée), veuve Giot, âgée de 52 ans, tempérament nerveux, se vit atteinte en 1830 d'une cephalalgie violente et continue, qu'elle attribua à l'habitation d'un logement bas et humide. Au bout de quelques mois de souffrances elle sentit sa vue se perdre graduellement des deux yeux à la fois. Elle dit, du reste n'avoir jamais eu de maladie sérieuse, jamais rien qui pût ressembler à la paralysie.

Elle entre comme amaurotique à la Salpêtrière pendant le mois d'octobre 1833. Ses douleurs de

tête ont continué jusqu'ici ; son caractère est devenu très-irritable ; des peines morales viennent encore s'ajouter à ses souffrances physiques. La nuit surtout ses plaintes redoublaient. Son intelligence se troublait par fois , ses voisins remarquaient surtout de l'incohérance dans ses idées. Parfois aussi pendant les premiers jours de février 1834, elle se plaignait de sentir sa jambe gauche plus lourde que de coutume ; en même temps la main correspondante devenait rebelle à la volonté. Sa maladresse trahissait souvent les progrès de la paralysie. Comme ces symtômes marchaient très-lentement elle en était plutôt affligée que surprise. A deux ou trois reprises différentes, elle fut prise d'un coryza très-intense qui s'accompagnait d'un écoulement abondant de sérosité filante par la narine droite, avec sentiment d'un corps étranger qui remplissait cette cavité.

Ce fut le 18 février qu'elle vint réclamer du soulagement dans les salles de M. Cruvelhier ; une céphalalgie assez violente , accompagnée d'un appétit pressant fut tout ce qu'elle déclara. L'encombrement força bientôt de la transférer dans une salle de convalescente. Son humeur difficile, et un léger mouvement fébrile fut tout ce qui avait été remarqué avant sa translation.

Son état s'était conservé le même, avec son appétit intact jusqu'au 9 mars. Le soir en se couchant elle accusa des douleurs de tête plus violentes que de coutume, et des fourmillemens douloureux dans la main gauche; rien dans la jambe du même côté; elle passa la nuit sans dormir, occupée de ses nouvelles souffrances. Elle crut les apaiser le 10 au matin en prenant un bain de pied sinapise. Elle resta peu de temps levée et gagna elle-même son lit sans qu'on eût besoin de la soutenir. Appelée auprès d'elle une demi-heure après je la trouvai dans un état suivant.

Décubitus dorsal; facies coloré; la tête est fortement portée en arrière; les sourcils froncés indiquent une céphalalgie violente ; respiration pénible assez fréquente, mais non stertoreuse; pupilles larges et insensibles à la lumière; l'œil gauche est largement ouvert; le droit est fermé complètement; l'état de contraction du muscle orbiculaire est très-sensible; une grande quantité de mucosités filantes et transparentes s'écoule de la narine droite; la commissure gauche de la lèvre est fortement portée en bas et en dehors. Je n'ai pu réussir à lui faire faire une insufflation pour constater l'état des muscles de la face. La langue est blanche, large et non diviée ; rien de remarquable dans les muscles du cou. Dans les membres du côté droit, la sensiblité et la motilité sont intactes ; la main se serre fortement. Dans le bras gauche , au contraire , fourmillemens douloureux qui vont en augmentant depuis la veille; le coude est fléchi à angle droit avec contracture de tous les muscles qui agissent sur cette articulation et surtout du biceps ; la main est complétement paralysée. Dans la jambe gauche, la motilité est diminué sans être abolie, comme dans l'extrémité du membre supérieur; la sensibilité dans l'un et dans l'autre ne paraît pas altérée.

L'intelligence est un peu obtuse; la malade répond cependant avec justesse à toutes les questions ; c'est de sa bouche que je recueille tous les détails que contient cette observation ; mais son attention est fréquemment distraite par la céphalalgie frontale, qui est accompagnée d'une chaleur intense dans toute cette région. Les extrémités sont froides ; le pouls lent et filiforme; quelques nausées sans vomissemens, quelques hoquets se succèdent d'assez près.

Deux sinapismes sont appliqués aux jambes; je pratique au bras droit une saignée d'une palette et demie. Le sang sort avec peine, quoique l'ouverture de la veine lui présentât une issue facile. A peine la saignée terminée , que la face se colore de plus en plus ; la malade porte souvent la main à la tête , en y accusant une douleur atroce; elle se plaint d'une gêne considérable dans la poitrine. Elle cesse tout à coup de parler. Plus de mouvemens respiratoires par les côtés ni par le diaphragme ; plus de bruit pulmonaire. En quelques secondes la face se congestionne, elle est bouffie, livide; yeux fixes et saillans ; c'est le tableau de l'asphyxie par strangulation. Le cœur bat avec force et lenteur, la lèvre supérieure est agitée de quelques mouvemens convulsifs. Les battemens du cœur deviennent tout à coup faibles et tumultueux , puis bientôt redeviennent lents et vont en diminuant d'intensité ; enfin mon oreille n'entend plus rien de vivant palpiter dans cette poitrine sur laquelle elle était appliquée depuis cinq minutes : c'est le temps de cette prompte agonie. La scène n'avait pas duré plus d'une heure.

Autopsie 24 heures après la mort.

Un sang noir s'écoule en abondance de toutes les incisions , et distend les cavités droites du cœur. Les sinus de la dure-mère et les poumons en sont également gorgés. Le péricarde contient une grande quantité de sérosité limpide. De la portion de la dure-mère qui tapisse la face postérieure du rocher droit, naît une tumeur du volume d'un œuf de poule, pesant 2 onces 5 gros , de forme hémisphérique, mamelonnée, et formée par un tissu aréolaire fibreux , criant sous le scalpel. La face postérieure du rocher est bosselée , sillonnée. La portion de dure-mère qui le recouvre est épaissie aussi bien que celle qui forme la partie supérieure droite de la tente du cervelet.

La tumeur s'est creusée un logement aux dépens de la face supérieure du cervelet et surtout du lobe supérieur du cerveau , elle semble communiquer avec la substance encéphalique à l'aide de vaisseaux distincts; elle est entourée par un ramollissement d'un blanc légèrement jaunâtre et infiltré de sérosité. Cette altération occupe toute la substance blanche de la face inférieure du lobe postérieur; quelques circonvolutions tout-à-fait en arrière de l'hémisphère droit ont été respectées ; elle s'étend même jusque dans le lobe antérieur où les corps striés paraissent sains et comme disséqués par le ramollissement ; encore leur extremité antérieure présente-t-elle un petit foyer de couleur jaunâtre.

Les tubercules quadrijumeaux sont sains ; la portion de la pie-mère qui recouvre les nerfs optiques est de couleur ardoisée. Dans l'hémisphère droit, la couche optique est ramollie à sa surface. Rien d'appréciable dans la gauche. La commissure est d'un blanc mat partout ailleurs , depuis leur naissance jusqu'à leur terminaison. Les deux nerfs sont grisâtres, demi-transparens et comme atrophiés. La rétine est blanchâtre ; des radiations flexueuses partent en divergeant dans tous les sens du point central de l'épanouissement du nerf.

En détachant le cerveau de la base du crâne, j'a-

vais trouvé une adhérence du lobe antérieur de l'hémisphère droit. Pour ne pas la rompre, j'avais coupé cette portion de la substance cérébrale, qu'il me fut ensuite facile de voir s'enfoncer avec les méninges sur la partie latérale droite de l'apophyse crista-galli. En opérant des tractionssur les membranes, il me fut facile de reconnaître qu'elles servaient de pédicules à une tumeur qui remplissait toute la main droite. Cette cavité était le double de l'autre; le vomer était fortement repoussé. La destruction d'une portion de la lame criblée et de la masse celluleuse de l'ethmoïde, lui avait ouvert une communication avec la cavité crânienne. La portion de la tumeur qui fait hernie dans les fosses nasales, forme une poche qui fait suite aux meninges, et qui est remplie par un liquide blanchâtre puriforme.

Cette observation nous paraît sous plus d'un rapport offrir de l'intérêt. Ainsi, d'un côté nous voyons une cause mécanique produire graduellement une amaurose, puis un ramollissement qui marche d'abord avec lenteur pour se terminer brusquement par une désorganisation très-étendue.

D'autre part, ce qui est moins commun c'est la destruction d'une portion de l'ethmoïde par une tumeur dont la formation offre un vaste champ aux conjectures; la présence dans les fosses nasales d'un corps qui offre tous les symptômes d'un polype vésiculaire, et dont les tentatives d'arrachement eussent été suivies d'accidens cérébraux presque nécessairement mortels, puisque les meninges et le cerveau même eussent été lésés.

Observation d'empalement chez une jeune fille par les voies sexuelles. — Rupture de la veine dorsale du pénis chez un jeune homme, par M. Dufour, médecin à Montargis.

Obs. — Un beau jour d'été, dans une petite ville du département de l'Yonne, Saint-F***, des jeunes gens folâtraient en pleine rue; l'un d'eux, M. D***, saisit mademoiselle Car*** par le poignet gauche, et, la faisant tourner avec une grande rapidité, la lâcha au moment où elle s'y attendait le moins.

L'élan donné, cette jeune personne, âgé de 18 ans, pirouetta sur elle-même de telle manière, que ses vêtemens se trouvant soulevés par l'air autour de son buste, elle s'abatit à nu sur le montant quadrangulaire irrégulier d'une petite chaise, qui ne portait qu'une traverse à six pouces de son extrémité supérieure.

La jeune fille étourdie, d'une part, par la vélocité du tournoiement; blessée douloureusement, de l'autre, par la brusque introduction du corps étranger, tomba évanouie, et fut relevée par son frère et par moi, mais complétement déflorée.

Tous les organes extérieurs de la génération étaient ou déchirés ou contus, et le vagin sanglant dans toute son étendue.

A l'instant, je fis appliquer des décoctions émollientes laudanisées, et je prescrivis le repos. Fort inquiet sur l'état de l'utérus, de la vessie et de la cloison recto-vaginale, je fis une large saignée quatre heures après l'accident, qui avait eu lieu au sortir du dîner.

Dans la soirée, l'écoulement de l'urine étant difficile et fort cuissant, on mit la jeune fille dans un bain chargé de feuilles de pommes de terre.

A la suite d'un lavement, la défécation ne parut pas douloureuse; mais la tuméfaction de la vulve et de ses annexes obligea à quatre applications de sangsues, au nombre de six huit à chaque fois.

Pendant le cours du traitement, il se développa de l'irritation à la poitrine; elle fut combattue, en apparence, avec succès; mais les menstrues s'étant dérangées, des spasmes nerveux effrayans s'étant manifestés (la malade y était sujette depuis son enfance), la santé détériora de plus en plus, et une phthisie pulmonaire emporta la malade au bout de dix-huit mois.

Il était arrivé, quelques jours avant cet empalement, un fait assez curieux dans une des premières maisons de la ville.

Dans un salon où l'on dansait une contredanse à huit, une jeune fille, au moment d'un repos, recule d'un pas et se jette de tout son poids sur un jeune homme assis dans une bergère. Aussitôt un cri perçant frappe de stupeur tous les assistans, et une hémorrhagie assez considérable se manifeste à travers les légers vêtemens inférieurs du blessé; elle était occasionnée par la rupture de la veine honteuse dorsale. On suppose aisément la cause de cet accident, qui fit pincer les lèvres pudiques de quelques demoiselles et rire les matrones, tout en effrayant l'autre sexe.

Cet accident n'eut pas de suite.

Dufour, D.-M.,
Ancien médecin des hôpitaux de terre et de mer, membre de plusieurs Académies et Sociétés de médecine de Paris, etc.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

AVRIL, 1834.

LANCETTE DU 1er.

Tumeur dans la fosse iliaque droite, observée sur lui-même; par M. A. Secrétain, chirurgien de l'hôpital d'Ebreuil, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

J'étais, en 1828, âgé de 26 ans, j'étais d'une constitution grêle, d'un caractère irritable; dans l'été de 1828, une épidémie de fièvres intermittentes de tous les types régna dans le pays que j'habite, et m'occasionna un surcroît de travail. Je passais la majeure partie de mon temps à cheval.

Le 8 août, j'éprouvai en route une colique violente. Je mis pied-à-terre, mes efforts pour aller à la garderobe furent vains. J'arrivai chez moi avec peine. Les douleurs ayant un peu diminué, je dînai sans appétit, et mangeai des alimens indigestes. Dans la soirée, les douleurs abdominales reparurent plus intenses; d'abord bornées à la région iliaque droite, elles s'étendirent bientôt à tout l'abdomen, qui devint tendu et ballonné. Jusques-là j'étais sans fièvre; l'application d'un grand nombre de sangsues, des lavemens, des fomentations, des bains ne diminuèrent pas les accidens; des vomissemens survinrent, les selles restèrent complètement supprimées; la fièvre parut, mais peu intense. Je continuai le même traitement pendant quatre jours, les accidens disparurent progressivement.

Le cinquième jour j'allai à la garderobe. Les matières fécales étaient semblables à de la gelée colorée avec de la bile. La convalescence fut très-courte. Je repris mes habitudes après dix jours. Ma santé était aussi bonne qu'à l'ordinaire; seulement lorsque je faisais un faux pas, ou lorsque je mettais mon cheval au trot, je sentais une douleur contusive dans la région cœcale. Un bruit subit et violent, une impression vive et inattendue produisaient la même sensation. Il me semblait que mon cœcum était devenu une espèce de centre nerveux.

Le 9 novembre de la même année, les douleurs abdominales me surprirent comme la première fois, pendant un voyage à cheval. L'équitation, la marche m'étaient également insupportables; je crus mourir avant d'arriver à mon domicile. J'employai le même traitement que la première fois. L'expulsion de gaz et des fèces se fit attendre sept jours. Il me resta, dans la région cœcale, une tumeur du volume d'un œuf d'oie, dure, bosselée; un peu douloureuse à la pression. La moindre secousse y produisait la douleur contusive dont j'ai parlé plus haut, le retentissement nerveux était encore plus facile. Je dus renoncer à l'équitation. Je vécus de bouillons, de lait, de fécule pendant plusieurs mois.

Malgré le régime sévère auquel je me soumettais, le 15 février 1829, j'éprouvai une nouvelle rechute. La tumeur de la région iliaque dont le volume était de moitié moindre, augmenta de nouveau.

Le 15 juillet 1829, la toux produite par une bronchite aiguë et peu intense, dont je fus affecté, donna lieu à la série de phénomènes qui s'étaient montrés dans toutes les autres atteintes.

Jusques-là j'avais conservé toute confiance dans les ressources de la nature. Malgré la prudence de mes confrères, je découvrais dans leurs regards l'inquiétude, et même la perte de tout espoir que leur inspirait mon état; des indiscrets m'avaient même rapporté l'opinion de plusieurs d'entr'eux, opinion tout-à-fait désespérante. Je commençai à partager un peu leurs craintes. J'étudiai dans tous les livres de l'art que je pus me procurer, tout ce qui pouvait avoir rapport à mon état. Les observations de mon ancien collègue Ménière, publiées dans les Archives, furent, de tout ce que j'ai lu, ce qui me frappa le plus. Je redoublai de précautions, mon régime fut d'une sévérité extrême. La tumeur de la fosse iliaque a disparu depuis les premiers mois de 1830.

Depuis le mois d'avril 1830, je monte à cheval sans inconvénient, avec la précaution de ne jamais aller au trot. La moindre commotion produit une sensation désagréable, et les impressions subites viennent encore retentir dans la région qu'occupe le

cœcum, mais toutefois d'une manière moins prononcée.

Contusion violente du genou gauche; épanchement énorme dans l'articulation; guérison d'abord incomplète; reproduction facile de l'hydarthrose; puis guérison complète par l'emploi de la compression, et des douches d'eaux thermales; observation faite sur lui-même, par M. Secrétain.

Après avoir passé les années 1828 et 1829 avec les douleurs atroces de l'affection que j'ai décrite plus haut, ou avec les tristes précautions que nécessitait le traitement d'une maladie si grave, j'étais loin de m'attendre qu'en 1832, un accident d'une autre espèce et presqu'aussi grave viendrait de nouveau exercer ma patience.

Le fait me semble mériter la publicité.

Le 26 janvier 1832, par une nuit très-obscure, mon cheval effrayé, s'emporta et m'entraîna au grand galop contre la roue d'une voiture allant en sens opposé. La commotion fut affreuse! Je tombai étourdi sur le col du cheval. Pendant le trajet d'une petite lieue qui me restait à parcourir pour atteindre à mon domicile, mon genou acquit un volume double du volume ordinaire. Le séjour au lit, des applications répétées de nombreuses sangsues et de cataplasmes firent disparaître tous les accidens en un mois. Je voulus commencer à marcher, l'hydarthrose reparut. J'appliquai des sangsues, des vésicatoires; je pris des douches de vapeurs; tous ces moyens et même le séjour au lit seul amenaient la resorption de la synovie surabondante; mais aucun n'empêchait une nouvelle sécrétion anormale, lorsque je tentais d'exercer de nouveau la progression. J'étais sur le point de m'appliquer quelques moxas, lorsque mon ami et confrère Salueure, inspecteur des eaux thermales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), m'engagea à passer une saison auprès de lui. Il me détermina en me rapportant la guérison complète d'un de ses oncles qui portait une hydarthrose (effet d'une cause physique) par l'influence de la douche.

Je me soumis à la douche, l'articulation contenant un liquide dont je constatais la présence avec toute la sûreté de diagnostic que donne l'habitude de voir un même objet. En quittant la salle de douches, l'articulation était vide. Je marchais, le liquide se reproduisait. Je me soumettais de nouveau à la douche; la résorption était complète après un quart-d'heure de chute du liquide thermal.

Après un mois de tentatives infructueuses, je me disposais à regagner mon domicile, lorsque l'idée d'employer la compression, concurremment avec la douche, me fut suggérée par mon confrère M. Giraudet, de Gannat.

Je faisais peu de fonds sur l'usage de ce moyen qui m'avait peu réussi, et que quelques mois avant j'avais été contraint d'abandonner par les douleurs qu'il m'occasionnait. Néanmoins je pouvais, sans inconvénient, tenter l'épreuve une second fois. Je fabriquai un petit appareil composé de compresses graduées, attachées l'une à l'autre par une lanière transversale et se plaçant sur les côtés de la rotule; le tout contenu par un bandage roulé commençant par les orteils.

Cet appareil, appliqué à la sortie de la douche, prévint désormais le retour de l'hydropisie; j'en ai continué l'emploi jusqu'en mars 1833. Maintenant je suis complètement guéri.

Depuis cette époque, de concert avec la confrère Salueure, nous avons soumis à l'action de la douche M. B... fils, chez lequel la compression n'empêchait pas la reproduction du liquide d'une hydarthrose. L'action combinée de ces deux moyens a procuré une guérison radicale.

LANCETTE DU 3.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL DIEU.

M. Sanson, professeur.

Fracture de la cuisse; rupture du cal après huit ans; mort.

Martin, serrurier, âgé de 33 ans, paraît avoir été doué d'une bonne constitution. Si l'on ajoute foi aux renseignemens fournis par cet homme, il n'a jamais porté de glandes engorgées, ni contracté de maladies vénériennes. Aucune cicatrice ne révèle chez lui l'existence antérieure de l'une ou l'autre de ces affections. A l'âge de vingt-cinq ans, il fit une chute de sa hauteur sur un corps dur, et se fractura comminutivement le fémur gauche, au point de réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs.

Traité à l'hôpital Saint-Louis, il en sortit après un séjour de deux mois, avec un raccourcissement de plusieurs pouces du membre correspondant, et formation d'un cal volumineux, sensible à travers la peau, à deux pouces au-dessous du grand trochanter. Il reprit les travaux de sa profession, et ne conserva longtemps d'autre incommodité qu'une claudication considérable.

Huit années s'écoulèrent ainsi dans une tranquillité parfaite, lorsque vers la fin de l'été dernier, notre malade commença à ressentir une douleur sourde, non continue dans l'endroit où avait anciennement existé la fracture. Ne pouvant trouver la cause de cette nouvelle sensation dans l'effet d'un agent extérieur, il crut être affecté de rhumatisme, et n'en conçut aucune inquiétude. Cette douleur d'abord passagère revint à des intervalles irréguliers, et laissait assez de repit à Martin, pour qu'il continuât son genre de vie et d'occupations. Quand la douleur se réveillait, il trouvait dans le repos un soulagement assuré; cet état de souffrances, loin de diminuer fit des progrès très-sensibles.

Dans le courant de novembre, trois mois après, les douleurs sans cesse plus rapprochées, finirent par être presque continuelles; la cuisse se tuméfia, et acquit de la sensibilité au toucher; la marche, la station

debout devinrent pénibles, et Martin se vit contraint de garder le lit. Les moyens opposés au mal consistaient dans des applications émollientes locales et des bains, qui n'arrêtèrent point sa marche.

Dans les premiers jours de janvier, le gonflement du membre avait beaucoup augmenté; la partie postérieure de la cuisse, rouge et rénitente, était devenue le siége d'un endolorissement tel que la moindre pression arrachait un cri au malade. L'appétit avait presqu'entièrement disparu, la peau était habituellement chaude, et la soif très-vive.

Après douze à quinze jours de durée, ces symptômes généraux s'étant un peu amendés, Martin s'aperçut d'une tumeur considérable, fluctuante, accompagnée d'un sentiment de battement, occupant tout le tiers moyen et postérieur de la cuisse. Ce fut alors que, sentant ses forces diminuer rapidement, il se décida à entrer à l'hôpital, où il fut admis au commencement de février.

Au moment de son arrivée, son état était le suivant : Amaigrissement général; pouls à 80 pulsations. Un peu de toux; langue sèche; abattement; extrémité gauche inférieure plus courte de quatre a cinq pouces que celle opposée. La cuisse du même côté est envahie par un œdème, qui augmente son volume d'un tiers; à sa partie postérieure se dessine une tumeur rouge et tendue, fournissant au palper la sensation d'une fluctuation superficielle, terminée en pointe à un pouce et demi au-dessus du jarret; la peau qui la recouvre, très-amincie, annonce une rupture prochaine; elle a lieu en effet dans la nuit, et le matin on constate une ouverture de deux à trois lignes de diamètre, ayant donné issue à quelques cuillerées de pus, actuellement obturée par une esquille d'os. Agrandie d'un demi pouce en haut et en bas avec le bistouri boutonné, elle laisse échapper environ un demi-litre de pus bien lié, charriant plusieurs fragmens osseux. Cet abcès, évidemment symptômatique, révélait une nécrose du fémur dont le siége restait à déterminer.

Les circonstances commémoratives portaient à croire que l'affection siégeait dans le cal, point de départ des premières douleurs, d'autant plus que le foyer purulent paraissait se terminer en haut au niveau de la bosse qui traduisait le cal. La plaie fut pansée à fond avec une mèche, et couverte d'un cataplasme; un soulagement notable suivit cette évacuation. Le même pansement fut continué les jours d'après; à chaque levée de l'appareil nouvelles esquilles; suppuration abondante. La cuisse diminue de volume; les symptômes généraux s'amendent. Le quart d'alimens est accordé. A cette occasion, M. Sanson ayant passé en revue et supputé les causes probables de l'affection qu'il avait sous les yeux, écartant celles, bien que les plus ordinaires, que repoussaient les affirmations du malade, savoir l'action d'une violence extérieure, le vice vénérien ou scrofuleux, arrive à penser, par voie d'exclusion, qu'à l'époque où la consolidation de la fracture s'était opérée, des portions osseuses privées de vie avaient pu être enfermées dans l'enveloppe de formation nouvelle qui constitue le cal, et agir plus tard comme corps étrangers.

Il cite à l'appui de son opinion l'expérience d'un cas semblable. L'effet, il est vrai, avait été lent à se manifester, mais on a vu souvent des corps métalliques, des balles, par exemple, après avoir impunément séjourné de longues années dans l'épaisseur d'un os, déterminer tout-à-coup des accidens. Pendant les dix ou douze premiers jours, le foyer parut bien se vider par l'ouverture dont il a été parlé. La position du malade était améliorée. A cette époque, la quantité du pus commença à diminuer; en même temps le gonflement reparut à la cuisse, et s'accompagna de fièvre et malaise général, symptômes ordinaires de la rétention du pus dans les cavités où pénètre l'air. On constata en effet une fluctuation qui s'étendait jusques dans l'aine; une nouvelle voie plus large et plus directe fut jugée nécessaire, et pratiquée à un pouce au-dessous du grand trochanter. L'écoulement du pus par cette route redevint tellement abondant que le pansement dut être renouvelé le matin et le soir.

Le 2 mars, rupture du cal. Retour du membre à sa longueur normale; mobilité de la cuisse sur elle-même; elle est maintenue dans un appareil à bandelettes séparées; injection d'orge miellée dans le foyer, répétée tous les jours suivans.

Le 7 mars, développement d'un catarrhe pulmonaire aigu. Sinapisme; diète, julep, boisson gommeuse; la toux continue; fièvre tous les soirs; développement de sucurs abondantes sur la poitrine et à la tête; application d'un emplâtre de pois de Bourgogne dans le dos. Depuis la rupture du cal la suppuration était énorme, et on pouvait prévoir que le malade ne résisterait pas long-temps à une déperdition aussi considérable. D'un autre côté, l'articulation coxo-fémorale était compromise. Dans ces circonstances critiques, il fallait trouver un moyen curatif qui obviât promptement à de si graves désordres: or, ce moyen était la désarticulation du membre.

M. Sanson ne se dissimulait pas quelle masse de chances défavorables s'élevait contre cette opération, mais le seul espoir raisonnable de salut gisait en elle, c'était un devoir de la proposer; elle le fut, et le malade la rejeta; dès-lors il fut voué à une mort certaine; en effet, tout ce cortège des symptômes, fièvre hectique, dévoiement, escharre au siége, apparurent successivement et dans leur ordre accoutumé; et Martin cessa de vivre le 20 mars, après une longue agonie.

Autopsie, pratiquée 36 heures après la mort.

Habitude du corps. Marasme complet. La raideur cadavérique persiste encore; les deux membres inférieurs offrent la même longueur. La cuisse gauche est à peu près de même volume que la droite, et mobile sur elle-même; escharre non détachée au sacrum.

Tête. La cavité crânienne n'a point été examinée.

Poitrine. Les cavités des deux plèvres contiennent quelques onces d'une sérosité transparente, légèrement jaunâtre. Quelques adhérences très-ténues unissent de chaque côté le feuillet costal au feuillet pulmonaire; le parenchyme pulmonaire, sain d'ailleurs, est parsemé de plusieurs petits tubercules à

l'état cru, assez nombreux au sommet de chaque poumon. Le bord postérieur de ceux-ci est gorgé de sang, mais sans friabilité de leur tissu. La muqueuse qui tapisse les bronches et leurs divisions, est plus rouge et plus épaisse que dans l'état normal, et enduite de mucosités abondantes.

Abdomen. Les viscères abdominaux n'ont offert aucune lésion à noter. La muqueuse intestinale, généralement décolorée, offrait çà et là quelques plaques rouges vers le bord mésentérique du tube qu'elle revêt. Cette coloration paraissait plutôt l'effet de la stase du sang après la mort, que de son appel pendant la vie.

Membre affecté. La peau de la cuisse ayant été enlevée, les parties sous jacentes furent disséquées couche par couche, et examinées dans leur ordre de superposition. Le tissu cellulaire sous-cutané était ramolli et infiltré. Les muscles superficiels antérieurs, couturier droit antérieur, singulièrement atrophiés et décolorés, avaient en partie passé à l'état gras. La veine crurale, ouverte dans toute son étendue, et poursuivie dans le bassin, ne contenait pas de pus, mais seulement quelques caillots fibrineux. Du reste, ses tuniques n'offraient pas d'altération sensible. L'artère, au contraire, était manifestement épaissie dans ses parois, et son calibre rétréci, et ces deux vaisseaux étaient mouillés par du pus dans une partie de leur trajet. Le triceps, détaché du fémur qu'il embrasse, et converti en une bouillie gris-verdâtre, constituait les parois antérieures et latérales d'un vaste foyer complété en haut par la face postérieure des muscles psoas, iliaque et pectiné à leur sortie du bassin, en arrière par le biceps et le demi-tendineux, aboutissant en bas au creux poplité, se terminant en haut dans la cavité glénoïde. Cette poche, que je viens de décrire, était à demi remplie d'une grande quantité de fragmens osseux, libres, baignant dans une sanie rougeâtre. Parmi ces fragmens, de grosseur variable, de texture compacte ou spongieuse, on en rencontrait deux provenant de formation nouvelle, et notamment celui qui avait appartenu au cal détruit. Cette pièce, longue de quatre pouces sur deux de largeur, de trente lignes d'epaisseur, convexe sur une de ses faces, concave sur l'autre, figurant une portion de cylindre d'un diamètre double de celui du fémur dans l'état sain, était anfractueuse sur ses deux faces, et percée de trous à bords arrondis, qui avaient probablement donné passage aux séquestres qu'elle enveloppait. La somme de toutes ces portions osseuses séparées, équivalent à peu près au tiers du fémur, laissait une solution de continuité de quatre à cinq pouces entre le bout inférieur et le supérieur. Ce dernier, dépouillé de périoste dans toute son étendue, et sa tête articulaire dépourvue de cartilage, ainsi que la cavité qui la reçoit, n'était plus maintenu en rapport avec l'os coxal que par deux faisceaux fibreux, vestiges informes de la capsule qui n'existait plus. Le bout inférieur également nécrosé et séparé des parties molles jusqu'à trois pouces au-dessus des condyles, conservait plus bas ses rapports et ses usages.

LANCETTE DU 5.

HOTEL-DIEU DE BORDEAUX.

—

Service de M. Dutrouilh.

Affection cérébrale; efficacité du sulfate de quinine; observation recueillie et publiée par M. B. Cazenave, *D.-M.-P.* (1).

Le nommé Hugues, cordier, natif de Bayonne, d'un tempérament nerveux, ayant toujours joui d'une bonne santé, éprouve, dans le mois de janvier 1833, de la céphalalgie et un malaise général. Ce dérangement persistait depuis huit à dix jours, quand il fut pris tout-à-coup d'un délire violent : il court, il crie, fait des extravagances. Un médecin appelé prescrit une saignée, des sangsues aux apophyses mastoïdes, des bains, etc. Sous l'influence de cette médication, les accidens disparaissent; Hugues reprend ses occupations. Pendant dix mois environ, il est bien portant, puis il ressent douleur et tournoiemens de tête; le mal fait des progrès, et il tombe dans un délire furieux, ne reconnait plus ses parens, frappe sa femme et tous ceux qui veulent l'approcher. Cet état dure quelques jours.

Entré à l'hôpital le 4 janvier 1834, il offre les symptômes suivans : céphalalgie frontale très-intense, une déviation à gauche, de la bouche, mouvemens convulsifs des muscles de la face, paupières à demi-fermées, conjonctives injectées, pupilles à l'état ordinaire, faiblesse et engourdissement des membres gauches; le bras éprouve par moment des douleurs assez vives et des soubresauts; il y a parfois des fourmillemens dans les membres droits, pouls petit et fréquent, sueurs abondantes pendant la nuit, et alors exaspération des symptômes. Du reste, les fonctions digestives et respiratoires sont à l'état normal. (Infusion de valériane, fleur de zinc.)

Le 5, même état et mêmes moyens.

Le 6, comme le soir; la fièvre redouble; on fait prendre dix grains de sulfate de quinine.

Le 7, l'agitation de la nuit a été moindre.

Les jours suivans, on continue l'emploi de ce médicament, ainsi que l'infusion de valériane. Bientôt la céphalalgie diminue; les nuits sont plus calmes, et l'on voit disparaître le délire, la déviation de la bouche, les contractures des muscles; mais il existe une faiblesse plus marquée de tout le côté gauche.

Le 11, insomnie, anxiétés, agitations; vers le matin, un engourdissement subit frappe la main gauche; en même temps une douleur fixe et aiguë se fait sentir dans le doigt médius; elle dure dix minutes, arrache des cris, puis se dissipe tout à coup. On persiste dans la même médication; tous les phénomènes cessent, les membres gauches reprennent leur force habituelle.

---

(1) Journal de Bordeaux.

Le 21, le rétablissement est complet. On suspend le sulfate de quinine, dont on avait diminué progressivement la dose; le malade reste encore deux jours à l'hôpital, et revient chez lui, où il reprend son travail. Il fait toujours usage de l'infusion valériane.

Le 4 février, retour de la céphalalgie, la nuit est agitée.

Le jour suivant, les symptômes vont en augmentant.

Le 6, vers onze heures du soir, il est réveillé en sursaut, se jette brusquement en bas du lit, entraîné par un délire furieux, il casse tout ce qu'il rencontre, frappe ceux qui s'offrent à lui, s'arrache par la violence des mains qui veulent le retenir, s'enfuit dans une chambre au rez-de-chaussée, ouvre la croisée, saute dans la rue et court toute la nuit. Au lever du jour, il rentre chez lui plus calme, ne conservant aucun souvenir de sa nuit, non plus que de sa fureur.

Ramené à l'hôpital le 7 février au soir, pendant la nuit il se lève, court dans la salle, fait du bruit; on est forcé de lui mettre la camisole.

Le 8, il nous présente délire loquace, frayeurs subites; par moment, il croit voir quelqu'un se jetant sur lui, et veut fuir; cependant il y a quelques instans de raison et juge son état grave. Du côté gauche, il éprouve les mêmes phénomènes d'irritation cérébrale que j'ai déjà cités, mais il n'y a plus de fourmillemens dans les membres droits : douze sangsues, six à chaque apophyse mastoïde, saignée du pied.

Le 9, la nuit a été très-agitée; il a éprouvé un violent délire et une abondante transpiration; cependant le matin, la céphalalgie est un peu moins forte.

Le lendemain, on applique un vésicatoire à la jambe gauche; les symptômes persistent, ils reprennent même un peu d'intensité.

Le 11, on donne huit grains de sulfate de quinine avec l'infusion de valériane.

Le jour suivant, mieux très-prononcé; on persévère dans la même médication, et bientôt tout le cortége morbide se dissipe. Après six jours, il ne reste plus qu'une légère céphalalgie frontale; on remplace le sulfate de quinine par la poudre de quinquina magnésié, le rétablissement paraît complet: il ne fait plus usage que de l'infusion de valériane et de pédiluves sinapisés. Quatre jours après, retour de la céphalalgie, sommeil troublé par des rêves, des hallucinations.

Le 25, on pratique une saignée du bras. Pendant la nuit, transpiration abondante, délire. On a recours au sel de quinquina, et on y joint l'extrait de valériane; tous les accidens disparaissent de nouveau. Après huit jours, on n'observe pas le moindre dérangement; le malade sort le 10 mars, prenant toujours le médicament qui lui a été si utile, et doit en continuer l'usage pendant un certain temps, mais à faibles doses.

Considérations pratiques sur les divers modes de terminaison de l'ovarite puerpérale; par M. le docteur MONTAULT.

Les divers modes de terminaison de l'inflammation des ovaires, à la suite de l'accouchement, représentent très-bien, pour la plupart, ceux assignés par les nosographes à l'inflammation en général, tels que la *résolution*, la *suppuration*, le *ramollissement*, l'*induration*, l'*état chronique*, etc.

A. La résolution est le mode de terminaison le plus avantageux, et, pour l'obtenir, il faut déployer toute la puissance des moyens antiphlogistiques :

B. La suppuration arrive le plus communément, et alors le pus peut suivre l'une, ou plusieurs à la fois, des directions suivantes :

1° Le pus peut être rendu avec les selles, soit qu'il ait perforé le cæcum (comme l'a vu M. Dupuytren, et comme il en existe un cas dans le n° 91, t. 7 de ce journal), soit qu'il se soit fait jour dans le rectum (M. Andral en cite trois cas), soit enfin qu'il ait pénétré dans l'S iliaque du colon;

2° Le pus peut se frayer un passage dans la vessie et le vagin : MM. Husson et Dance ont bien constaté une terminaison semblable sur une jeune fille qui succomba à la suite d'une couche.

Dans ces cas, où le prognostic est assez favorable parce que la plupart de ces parties étant dépourvues de péritoine en arrière, la péritonite est moins à redouter, il faut surtout insister sur les injections émollientes et détersives.

3° Le pus peut fuser, soit dans le canal inguinal en suivant le ligament rond, soit dans les environs de l'arcade crurale : M. Dupuytren a vu plusieurs cas de ce genre. Il en résulte ordinairement une tumeur qui peut, dans quelques cas, comme les tumeurs anévrismales, offrir des pulsations lorsque le pus a fusé dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux illiaques et cruraux; le côté externe de la tumeur étant côtoyé par les artères musculaires qui se dirigent transversalement, on conçoit que, suivant le conseil de M. Dupuytren, il ne faut ouvrir ni en dehors ni en avant, quand on est forcé de recourir à la ponction ou à l'ouverture de l'abcès. C'est pour avoir oublié ce précepte que des chirurgiens ont pu ouvrir l'artère, dans des cas où d'ailleurs ils ne s'étaient point appliqués à reconnaître si les battemens présentés par la tumeur étaient d'*expansion* ou de *soulèvement*. Il faut donc, dans ces cas, avoir présent à l'esprit le diagnostic de différentes tumeurs des régions *inguinale* et *crurale*, *anévrisme*, *hernie*, *bubon*, *hydrocèle du cordon*, etc.

4° Le pus peut pénétrer dans la cavité péritonéale : M. Dupuytren a encore observé ce mode de terminaison. Il en résulte ordinairement une péritonite suraiguë au-dessus des ressources de l'art. On conçoit cependant que, par l'établissement d'adhérences, la collection purulente puisse s'entourer d'une fausse membrane et être regardée plus tard comme un kyste.

5° Il peut arriver qu'une inflammation *adhésive* entre les deux feuillets du péritoine permette à l'ab-

cès de venir proéminer au-dessous de la paroi abdominale antérieure, par laquelle il pourra même trouver une issue soit *spontanée*, soit *artificielle*. Il convient, dans ce cas, de lui donner promptement issue avec l'instrument tranchant.

6° Le pus peut suivre à la fois, sur le même individu, plusieurs des directions que nous venons d'énumérer : ainsi on lit dans le t. 4, année 1827, de la Nouvelle bibliothèque médicale, l'observation d'une dame chez laquelle deux abcès iliaques, survenus à la suite d'une entéro-péritonite, s'ouvrirent, le gauche dans le colon iliaque gauche, le droit dans le cœcum : celui-ci ayant, en outre, proéminé à l'extérieur, fut ouvert avec l'instrument tranchant, ce qui donna lieu à l'établissement d'une fistule stercorale. Lorsque le pus suit de la sorte plusieurs directions à la fois, il faut tenir compte; pour le traitement, des considérations que nous avons exposées à l'occasion de chacune en particulier de ces terminaisons.

C. Il peut arriver, par des circonstance diverses, que l'inflammation n'ait pas été assez forte ou assez prolongée pour que le pus se soit amassé en foyer; et alors l'organe reste tuméfié, infiltré d'un liquide séro-purulent, en même temps qu'il est plus friable ou même fortement rammolli.

Nos moyens thérapeutiques ne peuvent, en général, que peu de chose contre ce mode de terminaison, de même que pour les suivans : on doit donc surtout s'attacher à les prévenir par un traitement énergique et rationnel.

D. Le grand nombre et le rôle important des liquides et vaisseaux blancs dans l'utérus et ses annexes, soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement, expliquent très-bien comment l'ovarite peut se terminer par *induration*. Cet état peut persister plus ou moins long-temps, sans compromettre du reste immédiatement la santé générale, et présenter alors ce qu'on a appelé *l'état chronique*.

Nul doute encore que, dans certains cas, cette inflammation chronique de l'ovaire, en persistant, pourra donner lieu aux lésions dites *organiques* de cet organe, c'est-à-dire, aux productions morbides avec ou sans analogie de l'économie, telles que les productions *squirrheuse*, *lardacée*, *fibreuse*, *osseuse*, *cartilagineuse*, *tuberculeuse*, *melanique*, *cancéreuse*, *encéphaloïde*, *kysteuse*, *hydatique*, etc.

(Ces considérations sont déduites d'un grand nombre d'observations que j'ai recueillis à l'Hôtel-Dieu, à l'époque où j'était interne dans le service des femmes en couches.)

LANCETTE DU 10.

HOTEL-DIEU.

Service médical de M. Bally.

Observation de choléra-morbus indien (choladrée lymphatique) (1), recueillie à la fin de mars 1834, par M. Landousy, d'Epernay.

L'observation que nous soumettons au lecteur, sans être de nature à répandre l'alarme sur la réapparition du fléau qui sévissait avec tant de rigueur il y a deux ans, sera rapprochée avec intérêt de faits nombreux de cette époque, d'autant plus qu'elle tend à prouver l'influence de l'état de l'atmosphère sur la production du choléra. En effet, le cas dont il s'agit, et un autre qui s'est déclaré il y a peu de jours, ont été observés sous une constitution atmosphérique semblable à celle qui régnait dans le mois de mars 1832. Il faut ajouter que l'attaque, au lieu de finir par la mort, comme il arrivait alors le plus ordinairement, s'est terminée par une double série d'accidens inflammatoires qui ont fait rentrer l'affection choladrée dans la classe des maladies ordinaires au printemps, dans nos climats. Cet exemple, du reste, confirme l'opinion des médecins qui pensent qu'une première attaque de choléra n'en exclut pas une seconde, surtout si l'on y joint le rapprochement des saisons.

Voici le fait tel qu'il s'est présenté dernièrement à l'Hôtel-Dieu.

Joséphine Garnier, de Dormans (Marne), âgée de vingt-trois ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, fut amenée à l'Hôtel-Dieu le 8 mars 1834, salle Saint-Joseph, n° 44, pour y être traité du choléra. Cuisinière rue des Fontaines du Temple, n° 5, elle s'est toujours nourrie d'alimens sains, et a constamment évité tout écart de régime, surtout depuis l'attaque grave de choléra qu'elle a éprouvée à Passy en avril 1832. Même depuis ce temps sa santé avait toujours été bonne, et tous les signes d'une irritation gastro-intestinale, à laquelle elle était assez souvent exposée, avaient disparu jusqu'au mois de février dernier. C'est alors que survint une ophthalmie aiguë accompagnée de fièvre, et qui fut combattue par des moyens divers, rationnels chez tout autre malade. On lui administra une potion purgative, et si l'on se rappelle que cette fille avait jadis souffert de l'abdomen, on concevra comment l'affection des yeux put céder sous l'influence de cette médication, qui réveilla des accidens graves d'une autre nature.

En effet, au commencement de mars, J. Garnier fut

---

(1) On se rappelle que M. Bally, se fondant sur ce que le mot choléra peut faire confondre deux maladies essentiellement différentes, le choléra indigène, où il y a d'abondantes déjections bilieuses, et le choléra asiatique, caractérisé par la diarrhée aqueuse, a proposé l'expression de choladrée lymphatique.

prise, sans autre cause appréciable, de vives tranchées accompagnées d'éructations, de borborygmes, suivis de vomissemens aqueux, fréquens, de selles blanches, liquides, abondantes, qui la forcèrent à se faire transporter de suite à l'Hôtel-Dieu.

Voici quel est, le 8 mars au matin, l'état de la malade, dont la simple vue retrace le souvenir des exemples si frappans de l'épidémie passée. Les yeux creux, et entourés d'un cercle bleu, sont parsemés d'arborisations très-marquées; les pupilles très-dilatées, la vue est troublée, tous les objets paraissent doubles; seulement on n'aperçoit pas aux angles de l'œil ces taches brunes, triangulaires, signalées par les observateurs; mais la chute des traits, la coloration vive des pommettes, les lèvres entr'uvertes, l'altération profonde de la voix; enfin tous les signes extérieurs du choléra épidémique existent au plus haut degré. La malade se plaint de maux de tête très-violens, surtout à la région frontale, et de bourdonnemens continuels dans les oreilles. La bouche est amère, la langue sèche, mais froide, et d'une blancheur remarquable.

Comme chez tous les cholériques, l'auscultation et la percussion ne font rien trouver du côté du poumon, et si la respiration s'effectue avec difficulté, et même avec douleur, cela tient moins à une lésion de l'appareil pulmonaire qu'à cette constriction épigastrique, si commune dans le choléra, que M. Bally regarde comme un symptôme presque inséparable des diarrhées lymphatiques, et qu'il attribue à l'irritation nerveuse et à la quantité de gaz emprisonnés. L'abdomen, rétracté, est douloureux du côté gauche; vomissemens, selles, tels qu'ils ont été décrits; suppression des urines depuis quarante-huit heures. Les extrémités sont colorées, la peau est froide, le pouls très-déprimé, et quoique les frissons fréquens, et la contraction des muscles pendant les vomissemens, simulent les crampes; néanmoins, ce dernier symptôme n'a pas été très-prononcé. Enfin, elle exhale cette odeur spécifique qui pourrait presque servir de signe diagnostique de la choladrée, et qui tient aux excrétions diarrhéiques, dont on a, avec raison, comparé la fétidité à celle de la fleur de maronnier. Du reste, intégrité parfaite des facultés intellectuelles.

Traitement. Limonade à la glace, quatre pots, deux demi-lavemens amilacés avec six gouttes de laudanum de Sydenham pour chacun; cataplasmes laudanisés très-chauds sur le ventre.

Le 9, l'état de la malade est le même que la veille; même altération des traits; seulement les pupilles paraissent plus dilatées, la céphalalgie frontale plus intense, la respiration plus difficile, et la douleur sous-diaphragmatique est plus vive que les jours précédens; elle devient surtout intolérable pendant les vomissemens lesquels ont été aussi nombreux et de même nature que le 8. Il y a eu dix à douze selles, de neuf heures du soir à neuf heures du matin. Le pouls radial est toujours très-petit, et marque 100 pulsations. Même traitement, auquel on ajoute de la glace en nature.

Le 10, la malade a uriné pour la première fois depuis quatre jours, et la diarrhée a cessé tout-à-coup. Malgré une soif assez vive elle boit peu, dans la crainte que l'ingestion des liquides ne provoque les vomissemens, qui ont presque disparu.

Le 11, mêmes symptômes; même traitement.

Le 12, la diarrhée, qui avait cessé le 10, a reparu, et ce qu'il y a de remarquable; c'est que la voix, qui avait repris son timbre, s'est de nouveau altérée, comme on a eu déjà plusieurs fois occasion de l'observer.

Le 13, état meilleur.

Le 14, sans qu'on puisse en présumer la cause, à moins de supposer que la malade ait pris des alimens, elle est moins bien; il y a eu quelques vomissemens et des selles assez fréquentes; mais le lendemain, 15, l'amélioration est très-sensible. On ajoute au traitement de l'hydrogale avec 1/6 de lait sucré à la glace.

Le 16, la physionomie indique un mieux très-prononcé; le sommeil a été calme, la pupille est à l'état normal, les arborisations formées par la stase du sang dans les vaisseaux de la conjonctive, ont totalement disparu, ainsi que la diplopie, les bourdonnemens d'oreilles et la constriction épigastrique; le pouls plein, régulier, est à 68 pulsations; la respiration est libre. La malade est restée levée un quart d'heure; enfin elle paraissait entrer en pleine convalescence, lorsque survint à la face un érisipèle qui dura peu de temps, mais qui affaiblit beaucoup la malade. Ce dernier accident avait même ramené les vomissemens et la diarrhée, mais il se termina par une affection catarrhale et muqueuse, qui, bien que modérément intense, semble devoir retarder encore pour quelque temps la sortie de notre cholérique.

Note sur l'utilité de la compression dans les blessures des artères palmaires, par le Dr. A. Berton, chirurgien A. M. de la garde municipale de Paris.

Quelque temps avant la publication dans un autre journal de Médecine, d'articles relatifs aux blessures de certaines moyennes ou petites artères, telles que celles des divisions palmaires de vaisseaux principaux de l'avant bras, traitées tout-à-la fois par la compression et la ligature; j'avais eu occasion de donner des soins pour un accident pareil et auquel je n'avais opposé que la compression. Il s'agissait d'un négociant qui en bouchant avec force une bouteille qu'il tenait dans la main, eut la face palmaire de celle-ci largement et profondément dilacérée par les fragmens anguleux du verre volé en éclats. La plaie dirigée suivant l'axe du membre occupait la partie médiane de la paume de la main: son étendue était d'environ deux pouces, sa profondeur très-grande et un sang rouge vermeil sortait en abondance de son fond; le blessé pouvait en avoir perdu une livre. La compression simultanée des artères radiale et cubitale suspendait seule l'hémorrhagie. Je me contentai d'établir une compression modérée sur la plaie, d'abord au moyen de fragmens d'amadou et de quelques tours de bande. Plus tard, et par suite du renouvellement de l'hémorrhagie, je

changeai l'appareil et me servis de morceaux d'agaric et de bourdonnets de charpie saupoudrés de colophane. La main fut tenue demi-fermée. Après trois jours, il ne restait plus que le pansement d'une plaie simple qui guérit en peu de temps.

Un cas analogue s'offrit encore à mon observation lors des troubles du mois de février dernier. Un jeune homme se jetant dans un carreau, dans un instant d'alerte, se fit une blessure au-devant du poignet. La plaie profonde, située un peu au-dessous du dernier pli et dans le sens de l'articulation divisait dans toute leur largeur et dès leur origine les éminences hypothénar et thénar. D'après la quantité de sang qui avait été perdue, je pensai que l'artère cubitale, vers le point où elle pénètre sous l'aponévrose palmaire, pouvait bien avoir été intéressée : la précipitation du moment et l'heure avancée de la nuit m'empêchèrent de procéder à un plus minutieux examen et de bien juger de la coloration du sang. Comme précédemment, j'usai seulement d'une compression directe, légère, aidée des hémostatiques et de la position; et ce fut avec le même succès : car j'ai vu depuis le jeune homme en question, et aucune particularité n'avait entravé la cicatrisation de sa blessure.

Ces faits me paraissaient trop isolés pour être publiés, quand M. le Dr. Bintot me communiqua un cas semblable.... un pharmacien de ses amis, perdant équilibre dans une rue, et cherchant un appui contre la devanture d'une boutique, brisa de sa main étendue le carreau d'un vitrage, et se fit une entaille large et profonde, vers le commencement de l'éminence hypothénar : un sang artériel jaillit avec abondance. Selon toute apparence il s'agissait d'une blessure de l'artère palmaire superficielle, vers sa naissance, et pareillement en cette circonstance il a suffi des moyens déjà exposés pour remédier à l'accident et à ses suites.

Enfin un quatrième fait du même genre me fut raconté par M. le Dr. Sevestre; il avait trait à un combattant de juillet qui ayant eu la face palmaire de la main profondément incisée par la lame d'un sabre, qu'on avait retiré, lorsqu'il l'avait saisie et la serrait, fut pansé tout aussi simplement et sans nul autre inconvénient consécutif.

Ces observations diverses offrant entre elles et avec celles insérées par M. Grisolle, dans la gazette du 18 janvier dernier, beaucoup de similitude et permettent dès lors la déduction de quelques conséquences pratiques... je ne diffère plus de leur faire prendre part à la solution de la question que je préciserai en la posant de la manière suivante : dans les cas de plaie des artères palmaires, faut-il lier les vaisseaux principaux qui les fournissent, ou se borner à opposer un obstacle à l'hémorrhagie, par le concours des hémostatiques et de la compression ?

Les citations précédentes, dégagées même des autres preuves que pourraient fournir les archives de la science, semblent mettre hors de doute qu'un procédé aussi simple qu'efficace et exempt d'inconvénient, est celui auquel on doit au moins d'abord donner la préférence. Ainsi donc, si l'anathème, suivant lequel *la compression sur la plaie dans le cas de blessure d'artère doit être rayé définitivement de la chirurgie*, admet cependant quelque dispense, quelqu'exception, ce doit être en faveur des artères palmaires; car alors, et soit par l'effet de la disposition anatomique des parties, de la condensation des tissus... il suffit d'une compression même très-modérée, aidée des hémostatiques et de la position, pour mettre en rapport les solutions de continuité, fournir un obstacle suffisant à l'issue du sang, obtenir des adhérences efficaces et une guérison bien définitive.

LANCETTE DU 12.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Service de M. Baudelocque.

Au moment où l'on préconise de toutes parts les merveilleux effets des émissions sanguines employées *largâ manu* dans le traitement des affections rhumatismales, il ne sera peut-être pas sans intérêt de lire une observation de rhumatisme aigu contre lequel aucune médication active n'a été employée, qui, sous l'influence de la simple expectation, s'est terminée heureusement au bout de dix-neuf jours.

Rhumatisme aigu affectant à la fois les systèmes articulaire et musculaire; pas de traitement actif; guérison au bout de 19 jours.

Brulé, 14 ans, bijoutier, cheveux châtains, formes arrondies, chairs pâles, flasques, habituellement bien portant, issu de parens qui n'ont jamais été atteints d'affection rhumatismale, travaillant dans un atelier vaste et bien aéré, fut pris sans cause et sans malaise antécédent, dans la journée du 6 mars, d'une douleur vive de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Le lendemain, à son lever, cette articulation offrait de la rougeur et de la tuméfaction; cependant le malade continue à travailler.

Le 8, douleur et gonflement du genou droit, anorexie, fièvre; le 9, persistance des mêmes symptômes; le 10, entrée à l'hôpital. Aucune médication active n'avait été employée.

Le 11, cinquième jour de la maladie, ce malade nous offre l'état suivant : décubitus dorsal, face portant l'empreinte de la souffrance; peau chaude, halitueuse, pouls accéléré, à 120 pulsations par minute; tuméfaction sans douleur du pied gauche, qui avait été primitivement affecté; gonflement des deux articulations tibio-fémorales, avec douleur vive qu'exaspèrent la pression et le plus léger mouvement. Langue naturelle, soif ardente, anorexie, douleur de l'hypochondre droit, que n'augmente pas par la pression. Une seule évacuation ce matin, à la suite d'une constipation de cinq jours; pas de céphalalgie, pas de trouble appréciable de l'appareil respiratoire. Chiendent ni-

tré, deux pots; looch blanc avec addition de 2 gros d'oxyde blanc d'antimoine; frictions des parties douloureuses avec le baume tranquille; diète.

Le 12 mars, pas de sommeil pendant la nuit; les douleurs des genoux sont moins vives; mais la main droite, la main gauche et l'épaule du même côté, sont très-douloureuses et offrent en même temps de la tuméfaction et de la rougeur. Ce dernier symptôme est surtout marqué sur les articulations des poignets. Douleur épigastrique augmentant par la pression; soif vive, sans nausées ni vomissemens; trois selles diarrhéiques précédées de quelques borborygmes; pouls à 104; peau moite. Même prescription; bouillon coupé.

Le 13, insomnie qui persiste depuis l'invasion; douleur de l'articulation scapulo-humérale droite et des lombes. Les autres symptômes persistent; le pouls est descendu à 96; la peau conserve sa moiteur. Même prescription.

Le 14, les douleurs de l'articulation radio-carpienne et de la main qui, la veille, étaient moins vives ont entièrement disparu. Les mouvemens du membre supérieur droit sont libres. Douleur de toutes les articulations du bras gauche et des muscles qui entourent la portion cervicale du rachis. La tuméfaction des deux genoux persiste; le malade n'éprouve dans les parties qu'un léger sentiment de gêne; il peut les mouvoir sans douleur; pouls à 96; l'épigastralgie s'est dissipée; quelques nausées après l'ingestion de la potion, que le malade prend avec une certaine répugnance; trois évacuations liquides. On continue l'usage de l'oxyde blanc d'antimoine dans une potion gommeuse. Comme les loochs des hôpitaux sont préparés avec l'huile d'amandes douces, qui a un effet laxatif, il est impossible de s'assurer si la diarrhée est produite par l'oxyde blanc d'antimoine ou par le véhicule.

Le 15, quatre-vingt-douze pulsations assez développées, régulières; peu de chaleur halitueuse; langue large, humide, couverte d'un léger enduit blanchâtre comme les jours précédens; la soif est peu vive, l'appétit revient; le ventre est souple et indolent; une seule selle dans les vingt-quatre heures; douleur de l'épaule, du coude et du poignet gauche; sentiment de gêne dans les genoux et l'épaule droite; douleurs lombaires. Chiendent avec sirop tartarique; julep avec oxyde blanc d'antimoine; bouillons.

Le 16, pas de changement notable. Même prescription.

Le 17 mars, le pouls est remonté à 108; le malade se plaint beaucoup de la région inguinale gauche; le pied du même côté est également très-douloureux. Langue rouge sur les bords, villeuse à sa surface et ayant de la tendance à se sécher; gêne de la déglutition sans rougeur ni gonflement des amygdales et du pharynx. Une seule évacuation liquide. Anxiété, plaintes continuelles. Nulle toux, nulle douleur de la région précordiale. On continue l'oxyde blanc d'antimoine.

Le 18, le malaise et l'anxiété de la veille persistent; les mouvemens de la tête et du tronc sont extrêmement douloureux; le malade se plaint surtout de la région lombaire et de la région latérale gauche du cou; les muscles de cette dernière partie sont tendus, douloureux à la pression; l'articulation des os maxillaires est intacte; le malade ouvre la bouche sans douleur, la gêne de la déglutition persiste. Le pouls est remonté à 120 pulsations. On suspend l'oxyde blanc d'antimoine, que le malade ne prend qu'avec une extrême répugnance.

Le 19, sommeil assez calme la nuit. Les mouvemens des membres sont libres; mais les muscles du cou et de la région scapulaire sont douloureux à la pression et par le mouvement. Le malade demande des alimens avec instance. Les nausées ont cessé. Le ventre est indolent, la langue large et humide; le pouls bat 100 fois par minute. *Chiendent, sirop tartarique; frictions avec le baume tranquille; bouillons; pain et confiture.*

Le 21, peu de sommeil pendant la nuit; les douleurs de la région lombaire droite et des muscles du cou persistent, l'épaule gauche est douloureuse par le mouvement. Les membres du côté droit sont entièrement libres. Langue naturelle, ventre indolent, appétit assez vif. Pouls à 104 pulsations, peau moite, sueur abondante la nuit. Les articulations précédemment affectées offrent un léger engorgement œdémateux, mollasse, qui ne gêne pas l'exercice des mouvemens. Même prescription.

Le 22, les mêmes symptômes persistent avec un peu moins d'intensité. Pouls à 84.

Le 23, le malade n'éprouve aucune espèce de douleur. Tous les mouvemens sont libres. La peau est de chaleur naturelle. Le pouls est descendu à 76. *Chiendent; sirop tartarique; un quart de la portion d'alimens.*

Le 24, l'amélioration se soutient.

Le 25, quelques douleurs dans les épaules. Cette légère récidive a coïncidé avec un changement brusque de la température et de l'état hygrométrique de l'air : pluie fine et froide après quelques jours d'une température élevée. Du reste, ces douleurs se sont dissipées dès le lendemain. Le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 10 avril, il n'a pas éprouvé la plus légère douleur, malgré les changemens qui ont eu lieu dans la température pendant ce laps de temps.

— Nous pouvons considérer cette affection comme ayant été en quelque sorte abandonnée à elle-même; la seule substance active employée a été l'oxyde blanc d'antimoine, qui n'a amené aucun changement notable, et qui a été suspendu au moment où les symptômes généraux et les symptômes locaux présentaient la même intensité qu'au moment où l'on avait commencé l'usage de cette préparation.

Nouveau moyen de tamponner les fosses nasales; par M. le docteur Miquel, à Amboise. (Indre-et-Loire.)

L'hémorrhagie nasale nécessite, rarement il est vrai, le tamponnement, mais encore se trouve-t-il des cas

où le médecin le moins partisan de cette opération, est forcé d'y recourir. La sonde de Belloeq, qui n'est pas dans les mains de tous les praticiens, n'empêche pas ce pansement d'être parfois très-pénible pour le malade et pour l'opérateur.

Dans une pratique de douze années, je n'ai rencontré que trois cas d'épistaxis où je n'ai pu me passer de boucher les ouvertures nasales. Dans les deux premiers, l'indocilité des malades a rendu le procédé ordinaire tout-à-fait impratiquable, ce qui m'a donné l'idée de recourir au moyen suivant, lequel me semble infiniment plus aisé et moins douloureux; il a de plus l'avantage de cesser seul tandis que la charpie ne peut être enlevée que par des tractions qui peuvent quelquefois faire revenir l'hémorrhagie. Enfin, par ce procédé, l'obturation est bien plus complète, et on ne craint jamais de blesser quelque chose dans les narines.

Il faut prendre un morceau d'intestin grêle de cochon ou autre, de grosseur moyenne, long de quinze à dix-huit pouces; on lie fortement l'une de ses extrémités, ou coupe tout ce qui excède la ligature, puis on pousse une sonde de gomme élastique ou une algalie de femme dans sa cavité; quand elle touche au cul-de-sac, on s'en sert pour introduire le boyau dans la narine d'où vient le sang. Dès qu'on l'a enfoncée assez avant pour toucher la paroi postérieure du pharynx, on y pousse de l'air; l'intestin, que le sang et les mucosités nasales ont rendu très-glissant, se gonfle et plonge dans le pharynx, le malade fait involontairement un effort d'expulsion, et la portion insufflée sort malgré lui par la bouche; car il glisse je le répète, de ce côté avec une prodigieuse facilité. Alors l'opérateur fait retenir l'extrémité libre, près de la narine, par le malade ou un aide, puis il met un fil long de douze à quinze pouces sur la ligature, et place une autre ligature à un pouce de la première, ayant soin de ne comprendre dans cet espace, que la quantité d'air suffisante pour former un globe un peu plus gros que le bout du pouce.

Ceci fait, on retire l'intestin, de façon à lui faire suivre une marche inverse à la première, ce qui s'opère sans que le malade le sente d'abord; seulement quand la portion comprise entre les deux fils vient de heurter contre la luette, on éprouve un peu de résistance. Si on a eu soin de ne pas lui donner une grosseur trop démesurée, elle a bientôt franchi l'isthme du gosier par une simple traction et sans l'aide du doigt, et elle vient boucher complètement l'ouverture postérieure de la fosse nasale; il faut alors tirer assez fortement pour l'y engager suffisamment, puis on insufle une nouvelle quantité d'air dans l'intestin; on le refoule le plus fortement possible vers le nez, et l'on met une troisième ligature à deux tiers de pouce de cet organe; on peut, si on le juge convenable, lier ensemble les fils des deux extrémités.

La première fois que je tamponnai de la sorte, j'avais affaire à une bonne femme de 70 ans, qui saignait depuis trois jours. Je me servis d'un intestin de cochon; il était sec, et je le fis détremper. Je me proposais seulement de l'insuffler dans la narine, de le lier et de le maintenir dans cette cavité : cela fut tout-à-fait impossible; il sortait toujours soit par le nez, soit par la bouche; ce fut alors qu'il me vint dans l'idée d'établir plusieurs ligatures, et de simuler les tampons.

Dans le deuxième cas, j'avais affaire à un malheureux anasarqué; par suite d'une maladie chronique, ce malade était très-pusillanime, je me servis d'un intestin grêle de bœuf; je compris un peu trop d'air entre mes deux ligatures, et ne pus faire passer le globe par l'isthme du gosier; je fus forcé de le ramener au-dehors et de le diminuer, ce qui ne fut ni long ni douloureux.

Dans le troisième cas, voulant ôter toute l'odeur de l'intestin dont je me servais, j'y poussai une dissolution chlorurée au lieu d'air; mais ce liquide eût bientôt ramolli l'intestin, qui creva une demi-heure après et il fallut recommencer et se servir d'air.

Chez ces trois malades, le tamponnement a été maintenu pendant trente-six heures environ; alors la putréfaction a fait crever l'intestin qui est tombé seul, et l'hémorrhagie n'a plus reparu. On pourrait peut-être objecter à ce tampon son odeur, mais elle n'est rien en comparaison de celle qu'exhale le sang accumulé dans la narine, et qui se putréfie avec une prodigieuse facilité, quel que soit le moyen que l'on emploie pour obturer cette cavité.

Moyen de prévenir l'érysipèle phlegmoneux qui suit quelquefois les piqûres de sangsues; par le même.

Les piqûres de sangsues sont presque toujours la cause d'une inflammation de la peau; elle est ordinairement assez circonscrite, et augmente l'effet révulsif de ce moyen thérapeutique. Mais dans quelques cas, ces petites plaies sont vraiment la source d'accidens très-graves; il y a même des personnes pour qui cette blessure est toujours dangereuse; j'en ai déjà rencontré quatre, à qui l'on ne peut pas appliquer deux ou trois de ces annelides, sans occasionner un phlegmon érysipélateux considérable; ce sont des femmes : trois d'entre elles sont disposées aux dartres. Les personnes épuisées par une maladie longue sont fort sujettes à cet accident; enfin il est des malades qui sont souvent atteints de furoncles, et chez eux il est très-commun de voir les piqûres de sangsues déterminer de petits abcès.

Il y a quelques années, je fis l'observation que ces mêmes personnes n'éprouvaient pas ordinairement ces accidens après les ventouses scarifiées, ce qui me fit penser qu'ils pouvaient bien être le produit d'un venin déposé dans la plaie par les sangsues; que ce venin, peu actif sur le plus grand nombre, l'est bien davantage sur quelques-uns; qu'il suffirait de le détruire pour parer à ces accidens aussi désagréables pour le médecin et le pharmacien, que fâcheux pour le malade.

Depuis plusieurs années, toutes les fois que je crains que les piqûres de sangsues occasionnent un

semblable accident, je fais nettoyer les plaies dès qu'elles ne saignent plus ; puis je fais chauffer le bout d'une aiguille à tricotter, je le porte sur un crayon de pierre infernale, celle-ci fond et enduit le fer que je porte ensuite au fond de la plaie. J'ai soin de mettre du nitrate sur l'aiguille après chaque attouchement, car c'est surtout le fond qu'il faut cautériser : j'ai constamment réussi à empêcher les plaies de sangsues de s'enflammer, j'ai même eu occasion de vérifier l'efficacité de ce moyen chez deux des quatre personnes dont j'ai parlé. Voici ces deux faits :

La première, madame Ferrou, de Chemoy, éprouva des accidens gastro-pulmonaires, par le fait de son époque critique, contre lesquels avait échoué tout ce que j'avais conseillé ; les saignées, quelque faibles qu'elles fussent, produisaient l'anasarque ; les ventouses étaient trop douloureuses et déterminaient d'autres accidens. J'avais commencé par une application de sangsues qui avait soulagé la malade, mais il survint alors un érysipèle grave, et qui m'effraya ; cependant, ennuyé d'un traitement aussi long qu'infructueux, je revins aux sangsues, et je cautérisai les plaies comme je viens de l'indiquer : il n'y eut pas la plus légère inflammation à la peau, point de démangeaisons incommodes comme la première fois.

Dans la suite, d'autres sangsues furent nécessaires ; on les appliqua avec les mêmes précautions, et l'on obtint le même résultat; une seule piqûre fut oubliée, elle s'envenima.

Il y a un an, madame F... mit encore des sangsues ; cette fois elle manquait de nitrate ; elle eut beau faire des applications d'oxicrat, de miel, etc., il y eut une inflammation avec fièvre.

— En 1832, madame Pian de Walmer eut une pleuro-pneumonie très-grave; je fis mettre des sangsues, elles déterminèrent une inflammation très-forte. Quelques semaines plus tard, de nouveaux accidens rendirent ces annelides indispensables ; cette fois je cautérisai les plaies, et il n'y eut pas d'autres accidens.

Je laisse ordinairement le soin de ces attouchemens aux malades, ou mieux aux gardes ; s'il leur arrive de ne pas mettre du nitrate dans toutes les plaies, celles oubliées s'enflamment, tandis que les autres sont noires, non gonflées, nullement douloureuses. L'attouchement détermine seulement, à l'instant même, une petite douleur de courte durée.

LANCETTE DU 15.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ de Bordeaux.

Service de M. Moulinié, chirurgien en chef-adjoint.

Opération de l'anévrisme pratiquée à l'artère fémorale.

Les opérations de l'anévrisme se présentent si fréquemment dans la pratique, que, quoique très-importantes, il serait superflu d'en faire de nouvelles mentions, s'il ne s'y rattachait quelques particularités propres à rendre plus complète l'histoire de ces maladies et à perfectionner leur traitement chirurgical.

Si dans cet article on trouve quelque chose d'insolite, de remarquable ; si le fait rapporté offre quelques circonstances qui le différencient des faits analogues, cela justifiera de l'utilité de sa publication. Ce n'est pas toujours par leurs succès frappans que les cas de pratique excitent l'intérêt, car le succès comme l'insuccès tiennent souvent de la fatalité. Ce sont les phénomènes morbides ou physiologiques qui se présentent, ce sont les résultats des agens thérapeutiques, les opérations des forces médicatrices, qui méritent surtout de fixer l'attention du médecin, c'est par de telles considérations que nous croyons devoir rapporter l'observation suivante :

Michel Garot, âgé de 57 ans, tonnelier, entré à l'hôpital Saint-André le 1er janvier, portait depuis plusieurs mois un anévrisme à l'artère poplitée. Déjà il avait séjourné, à d'autres époques, dans l'hôpital, et en était sorti sans avoir subi de traitemens.

La tumeur anévrismale n'excédait guère le volume d'un œuf d'oie; les battemens se faisaient manifestement ressentir, le bruissement était on ne peut pas plus distinct.

On reconnaissait à leur rondeur, à leur dureté que les artères radiales étaient ossifiées, ce qui servait d'indice à l'altération semblable d'autres points du système artériel. La gangrène avait déjà frappé les quatre derniers orteils, une couleur violacée envahissait le pied et présageait sa prochaine mortification.

Ces circonstances étaient de nature à faire considérer la position du malade comme fort grave et reculer devant la ligature de l'artère, car le sphacèle du pied est justement l'accident le plus redouté après cette ligature et sa conséquence fréquente. Or, ce sphacèle frappait déjà partiellement le pied; il était raisonnable de penser que la ligature du vaisseau ne pourrait que l'accroître. Ces considérations firent long-temps hésiter à pratiquer l'opération.

Cependant, la gangrène se propageait du petit orteil à la face dorsale du pied. Que pouvait-on attendre d'une longue expectation? Il était probable que la destruction des tissus s'opérerait de plus en plus, car l'anévrisme en étant la cause, cette cause toujours agissante devait accroître ses effets.

La jambe se tuméfiait; elle était bleuâtre; la circu-

lation veineuse paraissait lente, difficile. Il fut mis en question, dans des considérations cliniques, si la tumeur anévrismale ne pouvait pas comprimer la veine poplitée et occasionner la stase du sang? Dans cette supposition, ce qui aurait fait dissiper la tumeur artérielle, eût remédié à l'infiltration de la jambe et du pied.

En outre, considérant que le sang ne circulait pas librement dans l'artère poplitée, et que par conséquent il ne pouvait pas parvenir aisément dans les branches qui la terminent, ce qui expliquait la gangrène des orteils, il fut encore mis en question s'il ne serait pas possible que par des voies nouvelles, la circulation ne devint pas plus facile, et que par elles le sang ne parvînt pas plus abondamment au pied.

C'étaient là, sans doute, deux hypothèses, mais elles n'étaient pas irrationnelles. Le mal devenant tous les jours plus alarmant, l'opération mise en proposition fut exécutée le 21 janvier.

M. Moulinié pratiqua une incision sur le trajet de l'artère fémorale, dans l'étendue du second quart supérieur de la cuisse, à la méthode dite de Hunter. La veine fémorale et la veine saphène furent reconnues, et immédiatement une sonde cannelée, légèrement recourbée, fut glissée sous l'artère et servit à faire passer un stylet conducteur du fil destiné à la ligature.

L'opérateur évita de disséquer l'artère, comme on le fait assez communément, de l'isoler de la veine dans une certaine étendue; il se contenta d'enfoncer dans l'interstice de ces deux vaisseaux la sonde conductrice du stylet, en écartant les lames du tissu cellulaire.

Il considère ce procédé comme très-avantageux, comme très-propre à éviter la lésion de la veine, son inflammation, l'altération et l'usure de l'artère consécutive à la ligature, ainsi que les suppurations qui surviennent souvent après l'opération. Il a remarqué que, par cette manière d'agir, les ligatures sont plus sûres et la cicatrisation plus prompte.

C'est à l'aide d'un fil de soie rond et mince à la méthode anglaise, que l'artère fut liée. La constriction fut opérée dans l'intention de produire la section des membranes moyenne et interne de l'artère afin de susciter leur inflammation qui devait amener l'oblitération du vaisseau par adhésion.

Aussitôt que la ligature fut exécutée, la tumeur anévrismale cessa de battre et elle disparut; probablement elle contenait peu de concrétions fibreuses. L'état du malade devint de plus en plus satisfaisant. La plaie se cicatrisa rapidement. Il ne resta au bout de quelques jours qu'une petite issue pour les ligatures, qui tombèrent le 7 février.

Les résultats de l'opération frappèrent d'étonnement tous ceux qui fréquentaient l'hôpital. La chaleur s'entretint dans le membre; l'œdème, la couleur bleue se dissipa; la gangrène des orteils se borna. Ces appendices se détachèrent, et la cicatrisation commença à s'opérer.

Il était hors de doute que les branches collatérales fonctionnaient mieux que les artères directes. Il était possible aussi que la tumeur anévrismale comprimât moins la veine poplitée: tout annonçait une guérison parfaite.

Malheureusement le malade, un peu idiot, ne conservait pas la position donnée à son membre. Il ôtait les calorificateurs dont on l'entourait; on trouvait souvent sa jambe pendante hors du lit. On vit survenir la recrudescence de la gangrène organique, une fièvre ataxo-adynamique se déclara; et la mort s'ensuivit le 10 avril.

Sans doute, une issue funeste constitue l'insuccès; mais si l'on considère que l'artère s'est oblitérée au lieu de la ligature, que l'incision s'est cicatrisée, que l'anévrisme a été guéri, que les désordres existant aux pieds se sont dissipés pour un temps, on doit avouer qu'on a obtenu un certain succès que des accidens consécutifs ou éventuels, tenant à la disposition du sujet, sont venus anéantir.

LANCETTE DU 17.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

—

Clinique médicale de M. Rostan.

Péricardite avec épanchement séro-sanguinolent; mort; nécropsie; fausses membranes; pas d'altération matérielle du péricarde.

Un homme d'une cinquantaine d'années est entré dans cet hôpital le premier de ce mois, accusant une douleur à la région précordiale et un peu vers la paroi latérale gauche de la poitrine. Sans consulter aucun médecin, il s'était appliqué au point douloureux une quinzaine de sangsues, ce qui avait momentanément dissipé la douleur. Du reste, il assurait n'avoir jamais eu de douleurs rhumatismales.

Il fut couché au n° 6 de la salle Saint Joseph. L'auscultation des poumons n'offre rien d'anormal; la percussion donne un son mat dans une grande étendue de la région précordiale, et à l'auscultation on y entend dans les premiers jours un bruit de râpe très-faible; il devient de jour en jour plus manifeste. Il y avait un abattement extrême, chaleur à la peau, soif, inappétence, pouls fréquent et assez développé. Une large saignée fut faite le premier jour. Quelques jours après le pouls conservant sa force et sa fréquence, une nouvelle saignée fut pratiquée. Le malade resta quelques jours dans le même état; un vésicatoire fut alors appliqué le 8 avril, à la région précordiale.

Le 11, coma profond, agonie prolongée; application de deux vésicatoires aux cuisses.

Le 12, à la visite, moins d'abattement mais délire loquace, soubresauts dans les tendons, langue sèche et fuligineuse; le bruit de râpe était manifeste, les battemens du cœur sourds et profonds, le pouls, petit, serré. Mort le 13 au soir.

L'autopsie a été faite le 15 au matin, trente-six heures après la mort.

Les poumons sont sains; au poumon gauche on trouve quelques légères adhérences anciennes; cœur un

peu plus volumineux que dans l'état normal ; le péricarde est recouvert sur sa face externe et dans toute son étendue d'une fausse membrane de l'épaisseur d'une ligne. Cette membrane, rougeâtre, rugueuse, se détachait assez facilement avec le scalpel du péricarde, qui était au-dessous parfaitement sain, transparent. Dans l'intérieur de la cavité du péricarde, était une assez grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent. Les deux cavités du cœur étaient dans l'état normal. Une concrétion polypiforme très-étendue occupait l'intérieur de l'aorte depuis son origine jusqu'à sa bifurcation, et se prolongeait même dans ses divisions.

Les membranes cérébrales étaient fortement injectées, adhérentes au cerveau. La substance corticale était elle-même injectée. Peu de sérosité dans les ventricules.

Les intestins et les autres organes ne présentaient rien d'anormal.

M. Rostan avait, pendant la vie, diagnostiqué avec beaucoup de précision la péricardite et l'épanchement; il a fait remarquer à l'autopsie que, malgré les fausses membranes qui recouvraient le péricarde sur toute sa surface, il est demeuré parfaitement transparent et à l'état normal ; il n'offrait aucun épaississement. P. P.

LANCETTE DU 19.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

—

Service de MM. Guersent et Baudelocque.

Pleuro-pneumonie, suite de violence extérieure; intermittence des symptômes généraux varioloïde intermittente; émissions sanguines; guérison.

Félix Pageault, âgé de sept ans, d'assez forte constitution, reçut, le 2 septembre, sur le tronc et les membres plusieurs coups de bâton.

Le jour même, il fut contraint de se mettre au lit. Des vomissemens eurent lieu, et dans la nuit il se manifesta une douleur vive dans tout le côté droit de la poitrine, augmentant par la plus légère inspiration. En même temps la fièvre s'alluma; il survint de la toux, de l'inappétence; les symptômes persistèrent jusqu'au 9 du même mois, jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 10, décubitus dorsal, céphalalgie sus-orbitaire, quelques traces de contusion sur le tronc et les membres inférieurs, dyspnée intense, parole haletante, face vivement colorée; toux fréquente sans expectoration, douleur de tout le côté droit de la poitrine, matité, souffle tubaire et bronchophonie dans les deux tiers inférieurs du côté droit, en arrière; à gauche, le son est naturel, le bruit respiratoire mêlé de quelques bulles de râle muqueux; en avant, l'auscultation et la percussion fournissent des résultats négatifs; la langue est large et humide; la soif est vive; les vomissemens du début ne se sont pas renouvelés; le ventre est endolori; constipation depuis huit jours. Peau chaude, pouls développé à 128 pulsations par minute; on compte dans le même temps 48 mouvemens inspiratoires. *Saignée du bras de 8 onces; julep huileux; mauve édulcorée; diète.*

Le 11, le sang tiré de la veine est recouvert d'une couenne épaisse, incolore. Le pouls est descendu à 68. On ne compte plus que 24 inspirations par minute, la peau est de chaleur naturelle; le malade a dormi pendant une grande partie de la nuit; la toux a été rare, l'expectoration nulle; cependant les signes fournis par l'auscultation et la percussion n'indiquent aucun changement dans l'état local. Deux évacuations ont eu lieu dans la journée. On se borne à l'expectation.

Le soir le pouls s'élève à 100 pulsations.

Le 12 au matin exaspération du mouvement fébrile, dyspnée, anxiété, coloration vive de la face; céphalalgie intense; toux sèche, fréquente, quinteuse; la matité persiste dans la moitié inférieure droite; l'auscultation fait toujours entendre du souffle tubaire et de la bronchophonie; la percussion du côté droit est toujours douloureuse. Le côté gauche est intact; 108 pulsations, 36 inspirations; une seule évacuation dans les 24 heures. *Six sangsues vers l'angle inférieur de l'omoplate; cataplasme sur le même côté; julep huileux.*

Le 13, le pouls est descendu à 64, la céphalalgie a cessé, la pneumonie commence à marcher vers la résolution, le râle crépitant à grosses bulles a remplacé dans quelques points la respiration bronchique; du reste, même obscurité du son; même absence d'égophonie.

Le 14 pouls à 96. Exaspération des symptômes généraux. Peu de changement dans l'état local.

Le 15 le pouls descend à 72. Les signes fournis par l'auscultation et la percussion du thorax annoncent que la pneumonie marche vers la résolution. La douleur de côté est entièrement dissipée. Dans plusieurs des points où existaient le souffle tubaire et la bronchophonie, on entend du râle muqueux sous-crépitant. Le son est toujours un peu plus obscur à droite qu'à gauche. La toux est peu fréquente. Les voies digestives sont en bon état. Le malade demande à manger pour la première fois. *On lui accorde du lait et du bouillon.*

Le 17, le souffle tubaire ne s'entend plus dans aucun point. Le pouls est à 96. On donne un léger potage.

Les trois jours suivans, la fièvre, qui jusqu'alors avait été intermittente, devient continue; le pouls se maintient constamment au-dessus de 100 pulsations, sans qu'il soit possible de rattacher cette fréquence à aucune lésion de l'appareil respiratoire ou des voies digestives. La phlegmasie du poumon est entièrement résolue. L'air pénètre librement dans les vésicules pulmonaires. Les organes digestifs ne donnent aucun signe de souffrance. Dans l'intention de diminuer la fréquence du pouls, qui est le seul symptôme appré-

ciable offert par le malade, on lui prescrit le 20, huit gouttes de teinture éthérée de digitale.

Mais le 21, une éruption varioliforme se montre à la face et sur differens points de la périphérie cutanée. On examine les bras du malade qui portent des traces évidentes de vaccine. La varioloïde parcourut rapidement sa marche. La dessication et la desquammation, qui eurent lieu presque en même temps, étaient complètes le septième jour de l'éruption. Cet enfant quitta l'hôpital entièrement guéri.

La seule circonstance remarquable dans cette observation, c'est l'intermittence de la fièvre qui offrit le type-tierce pendant les premières journées du séjour à l'hôpital, et ne devient continue que dans la période d'invasion de la varioloïde. Les émissions sanguines ont eu le même succès que dans d'autres cas que nous avons observés.

Hydrocéphale aiguë; vésicatoire sur la région occipitale, frictions mercurielles; guérison; par M. R. Héricé-Legros, D. M. P.

Lévi, âgée de vingt six mois, d'une assez bonne constitution, non sujette aux convulsions, issue de parens bien portans; sans cause connue, fut prise, le 16 mars 1834, de frissons légers, de malaise avec perte de gaîté et de l'appétit, de vomissemens alimentaires et bilieux dans la journée et le jour suivant. Par intervalle, l'enfant reprenait son enjouement naturel.

Cet état dura jusqu'au 18, où je vis la petite malade pour la première fois. Elle était alors dans la position suivante : abattement assez prononcé, tendance à l'assoupissement, chaleur de la tête; les paupières se ferment involontairement, la peau est légèrement chaude, le ventre un peu ballonné et sensible à l'épigastre; le pouls élevé et battant 110 fois par minute; nausées sans vomissemens, langue peu chargée au milieu, aucune rougeur à la pointe. Infusion de mauve gommée; potion gommeuse, cataplasme sur l'abdomen, six sangsues à l'anus, lavemens émolliens, oreillers de balles d'avoine, la tête élevée.

19, les piqûres de sangsues ont coulé abondamment, la peau est moins chaude, ainsi que la tête; pouls à 105; même météorisme de l'abdomen; pas d'envies de vomir. Même prescription, sans émissions sanguines.

20, même état. Même traitement.

21, nuit très-agitée, assoupissement profond, chaleur de la tête, rougeur alternative des pommettes, occlusion des paupières par la chassie, contraction partielle des muscles de la face; 140 pulsations sans intermittence; soubresauts des tendons, chaleur brûlante de la peau. Six sangsues à l'anus et quatre aux tempes; compresses froides sur le front; sinapismes mitigés aux membres inférieurs.

22, le coma est aussi prononcé; pouls à 130; la tête est renversée en arrière, et le col présente une raideur vraiment tétanique; la pupille est mobile. L'enfant se réveille quelquefois pour se plaindre. Quatre sangsues à l'épigastre et quatre derrière les oreilles. L'écoulement de sang est très-abondant. Vers le soir, deux vésicatoires aux cuisses.

Je fus appelé au milieu de la nuit; l'enfant offrait un refroidissement général des extrémités avec sueurs froides; pâleur extrême de la face, pouls filiforme et très-fréquent. Sinapismes promenés sur les membres inférieurs. Bouteilles de grès remplies d'eau chaude aux pieds, et le long des jambes; fomentations émollientes et très-chaudes sur l'abdomen.

23, les extrémités sont toujours froides et couvertes de sueurs; le coma et l'abattement profonds; les yeux sont ternes et demi-fermés, la pupille contractée; les traits décomposés : la tête toujours chaude et renversée en arrière; pouls à 135. Cet ensemble de phénomènes me fait porter un fâcheux pronostic. La faiblesse de l'enfant ne permettant plus de recourir aux sangsues, je râsai la région occipale du côté gauche et y posai un vésicatoire de trois pouces; sinapismes sur les membres inférieurs, compresses froides sur le front; huit grains de calomel en quatre doses, d'heure en heure. Dans la soirée, trois frictions sur les régions parotidiennes et sous-maxillaires; avec un demi-gros chaque fois d'onguent mercuriel.

24, la nuit s'est passée sans changement notable. Un nouveau vésicatoire est appliqué sur l'occiput du côté droit. L'enfant fait plusieurs efforts pour vomir, une salivation assez abondante se manifeste; huit grains de calomel dans la journée; le soir, deux nouvelles frictions mercurielles. La nuit est calme; la chaleur se rétablit aux membres; la sueur froide fait place à une transpiration halitueuse.

25, le matin l'enfant sort de son assoupissement en conservant un air étonné; plus de raideur au col, plus de chaleur à la tête, plus de météorisme; peau presque naturelle. Pouls variant de 100 à 112. Nouvelle salivation; trois selles verdâtres.

26, le mieux se soutient; la nuit a été calme. Bouillon de poulet; gruau léger.

27-28, diarrhée légère. Eau de riz, lavemens amilacés; petites quintes de toux, éternuemens, rougeur des conjonctives.

29, éruption de la rougeole qui parcourt régulièrement ses périodes, et à la fin de laquelle la convalescence est complète.

LANCETTE DU 22.

HOTEL-DIEU D'AIX. (Bouches-du-Rhône.)

—

Retraction permanente des doigts; par M. le docteur GOYRAND.

Le mémoire de M. Goyrand devant être imprimé dans les fascicules de l'académie avec le rapport de M. Sanson, nous nous bornons à en donner un extrait à nos lecteurs. C'est par l'examen du corps d'un homme de soixante-douze ans, mort d'une autre maladie à l'hôpital, que M. Goyrand a été amené à faire ses recherches.

Chez cet homme, dit-il, le petit doigt de la main droite était fortement rétracté, le médius l'était bien moins. Le pouce était fixé en opposition avec les autres doigts; il n'y avait rien à l'annulaire et à l'indicateur.

A gauche, l'annulaire et le médius étaient seuls rétractés. Le premier fortement, l'autre moins. En cherchant à étendre les doigts, on faisait, dit l'auteur saillir sous la peau des brides qui allaient évidemment de la face antérieure des doigts à l'aponévrose palmaire, et celle-ci était alors dans un état de tension qui se communiquait au tendon du palmaire grêle. La peau de la partie supérieure de la face palmaire des doigts présentait des rides transversales multipliées; elle était unie assez fortement aux brides les plus saillantes; mais n'avait nulle part avec ces brides des adhérences intimes. Il disséqua avec soin la peau de la face palmaire des mains, et reconnut que la peau détachée se déplissait et reprenait sa longueur ordinaire; que les tendons et l'aponévrose palmaire étaient à l'état normal; que les doigts étaient tenus en flexion par des cordons fibreux de nouvelle formation, dont les uns, continus d'une part à l'aponévrose palmaire, s'inséraient par leur extrémité inférieure à la gaîne des tendons fléchisseurs ou aux bords des phalanges. D'autres allaient seulement d'un point à un autre de ces bords ou de la face antérieure des gaînes fibreuses.

A la main droite, on voyait un de ces cordons naître de la partie supérieure du bord externe de la première phalange du petit doigt; large et aplati à sa naissance, il allait s'arrondissant et perdant de sa largeur, se fixer à la partie supérieure du bord externe de la seconde phalange; sur la partie supérieure et interne de ce premier corps fibreux, venait se rendre, sous un angle aigu, un autre cordon provenant de la partie inférieure et interne de l'aponévrose palmaire. Le médius était tenu en flexion par deux faisceaux, dont l'un, né de la partie inférieure de la face antérieure de l'aponévrose palmaire, se portait vers la face antérieure du doigt; et, parvenu au-devant de la partie supérieure de la première phalange, fournissait deux expansions qui se fixaient, l'une à la gaîne des tendons fléchisseurs, vis-à-vis la première phalange, et l'autre à cette même gaîne, en dedans et au-dessous de la précédente, et à la partie supérieure du bord interne de la seconde phalange. Après avoir fourni ces expansions, le cordon venait s'insérer à la gaîne des tendons, au-devant de l'extrémité supérieure de la seconde phalange. L'autre faisceau du médius concourait à fléchir la seconde phalange de ce doigt sur la première; celui-ci, assez large, mince, aplati d'un côté à l'autre, et disposé en croissant, se fixait par son bord convexe et adhérent à toute la longueur du bord interne de la gouttière antérieure de la première phalange, et au côté externe antérieur de l'extrémité supérieure de la seconde. Un cordon volumineux et aplati, né du bord externe de l'aponévrose, venait s'insérer à la partie supérieure de la gaîne du tendon du grand fléchisseur du pouce, et tenait ce doigt dans l'adduction et opposé aux autres doigts, et un autre cordon assez mince et arrondi, né du point où se terminait le précédent, et inséré d'autre part à la languette de l'aponévrose palmaire, qui se fixe au côté externe de la base de la première phalange de l'index, tenait le pouce rapproché de l'indicateur, et empêchait qu'il ne s'opposât complètement aux autres doigts.

L'annulaire et le médius de la main gauche étaient seuls rétractés. Le premier était tenu en flexion par un seul cordon qui provenait de la partie antérieure de l'aponévrose palmaire, et se terminait à la partie supérieure du bord externe de la seconde phalange, qui présentait au point d'insertion de cette bride un tubercule semblable aux saillies que présentent certains os aux points où les tendons s'y insèrent.

Le médius était bridé par trois faisceaux: l'un gros et court, né du côté externe et postérieur du faisceau de l'annulaire, à quatre lignes de son insertion inférieure, se portait en arrière et en dehors, et venait s'insérer, après un trajet d'un demi-pouce, à la gaîne des tendons fléchisseurs du médius, vis-à-vis l'extrémité supérieure de la première phalange. Celui-ci tenait le médius et l'annulaire un peu inclinés l'un vers l'autre. Du côté inférieur de ce cordon en naissaient deux autres longs et minces qui descendaient en convergeant au-devant de la première phalange du médius, et venaient se fixer ensemble à la gaîne des tendons fléchisseurs, vers le milieu de la longueur de la deuxième phalange. Le cordon transversal recevait supérieurement, et vers son extrémité interne, un faisceau très-délié, provenant de la languette de l'aponévrose qui se fixait au côté interne de la base de la première phalange de l'annulaire, et qui, pour se porter à la bride transversale, croisait très-obliquement de haut en bas, et de dedans en dehors celle de l'annulaire. Ces faisceaux, formés de fibres parallèles, étaient, dit M. Goyrand, dans l'état frais très-résistans, tout-à-fait inextensibles, et avaient la blancheur et tout l'aspect des ligamens.

M. Goyrand s'est demandé alors si l'affection qu'il avait sous les yeux était bien celle que les anciens décrivaient sous le nom de *crispatura tendinum*, et que M. Dupuytren a cru être le résultat d'une *retraction de l'aponévrose palmaire*; il ne reste aucun doute sur ce point, et il en trouve la preuve dans l'aspect des mains affectées de cette infirmité, dans le mode de flexion des doigts qui en étaient atteints, dans les observations même de M. Dupuytren.

En effet, si on examine, dit-il, avec attention les mains affectées de cette espèce de rétraction des doigts, on pourra reconnaître et compter les brides qui tiennent les doigts en flexion, et s'assurer par le plus simple examen que ces brides ne sont pas les languettes inférieures de l'aponévrose palmaire.

Chez l'économe de l'hôpital d'Aix, qui est atteint de cette rétraction à un haut degré, voici ce que M. Goyrand a observé :

Les trois derniers doigts de la main droite sont fléchis; à la main gauche l'affection porte sur les quatre derniers. A gauche, l'annulaire est plus fortement fléchi que les autres; à la main droite, c'est le petit doigt; les médius ne sont qu'à demi fléchis. L'index gauche l'est à un faible degré. On trouve chez lui tous les caractères de cette rétraction des doigts attribuée par les anciens et par le professeur Boyer, à la rétraction et au desséchement des tendons fléchisseurs, et par M. Dupuytren à la rétraction de l'aponévrose palmaire. Cette infirmité lui est survenue peu à peu et sans s'accompagner de la plus légère douleur.

Cet homme est âgé maintenant de 88 ans, il n'en avait que 42 quand il commença à s'apercevoir qu'il ne pouvait plus étendre complètement le doigt annulaire gauche. Ce doigt se fléchit de plus en plus; ses deux voisins furent ensuite affectés; peu de temps après, ce fut le petit doigt de la main droite, et successivement, l'annulaire et le médius de cette main. La flexion de tous ces doigts alla toujours en augmentant, et maintenant, les premières phalanges sont fléchies à angle presque droits sur les os métacarpiens; les secondes phalanges le sont à des degrés différens sur les premières. L'annulaire gauche et le petit doigt de la main droite, ordinairement en contact par leur extrémité avec la face palmaire de la main, ne peuvent s'en éloigner que de quelques lignes. Si on cherche à étendre les doigts, on voit qu'ils sont retenus en flexion par des brides que l'on compte, brides tendues par suite de ces tentatives, qui soulèvent la peau, et qui pour la plupart, sont fixées par leur extrémité supérieure à l'aponévrose palmaire, et par l'inférieure à la face antérieure des doigts, vers le milieu de leur largeur ou sur leurs bords, vis-à-vis les secondes phalanges.

La rétraction des doigts dont il est question consiste dans la flexion de la première phalange sur l'os du métacarpe, et de la deuxième phalange sur la première, l'articulation des deux dernières phalanges entre elles reste toujours libre. Or, il est évident que la rétraction de l'aponévrose palmaire et de ses languettes digitales ne pourrait fléchir que la première phalange sur l'os métacarpien, et que c'est une cause qui produit la flexion de la deuxième phalange.

Après s'être appuyé d'un fait même cité dans les leçons orales, M. Goyrand se demande quelle est la cause de ses transformations fibreuses du tissu cellulaire. Le sujet dont il a disséqué les mains aurait été un maître d'armes, puis cocher, et depuis nombre d'années n'exerçait plus aucune profession. On conçoit l'influence que pourrait avoir le maniement du fleuret et du fouet sur la production de cette infirmité, et cette observation viendrait à l'appui de l'opinion de M. Dupuytren sur les causes de cette rétraction; mais les maîtres d'armes ne sont pas ordinairement ambidextres, les cochers tiennent le fouet d'une seule main, et cependant, chez cet homme les deux mains étaient affectées. Mais si ce sujet s'est livré à des exercices dans lesquels la face palmaire des mains a été soumise à une pression habituelle qui pourrait être la cause de la rétraction; chez l'économe, la maladie est survenue sans cause de cette nature. Il ne se livrait depuis vingt ans qu'à des travaux de cabinet, quand ses doigts commencèrent à se rétracter, et cette rétraction est devenue aussi forte, aussi complète que possible. On ne peut se refuser à admettre chez ce sujet une prédisposition à cette affection, qui chez lui semblait être héréditaire.

M. Goyrand arrive enfin au traitement. L'anatomie, dit-il, vient donner la raison de l'inefficacité des moyens ordinaires dans le traitement de cette infirmité. Il est évident qu'on ne peut attendre de résultat avantageux que de la section des cordons fibreux. Quant à l'aponévrose, elle n'est pour rien dans cette affection, elle doit être respectée, et vraisemblablement, elle n'a point été coupée dans les opérations pratiquées par M. Dupuytren. Mais comment faire cette section? La peau est saine et n'est pas raccornie; une fois détachée par la dissection des corps fibreux, elle reprend sans difficulté sa longueur ordinaire; si elle adhère aux brides les plus saillantes, c'est d'une manière peu intime.

Voici donc le procédé que propose l'auteur : Une incision longitudinale sera faite à la peau sur chaque bride préalablement tendue; les lèvres de cette incision seront écartées, et, s'il y a adhérence, détachées par quelques coups de bistouri de la surface des cordons fibreux, et ceux-ci, mis à découvert de cette manière dans toute leur longueur, seront coupés en travers; si on craignait de léser les tendons fléchisseurs, on pourrait aisément glisser une sonde cannelée sous chaque cordon, avant de le diviser. Si ces brides, en passant au-devant des premières phalanges, y envoient un prolongement, on les coupera au-dessus et au-dessous de ce prolongement; si la section des cordons fibreux laisse dans la plaie des lambeaux flottans, on les excisera. L'opération terminée, les doigts seront mis et fixés dans l'extension, et les incisions de la peau seront réunies par première intention. On fera usage de la machine à extension pendant un mois et demi ou deux mois; mais dès que l'état des incisions le permettra, on devra chaque jour faire exécuter à toutes les articulations des doigts opérés des mouvemens répétés de flexion et d'extension.

M. Goyrand préfère l'incision longitudinale de la peau à l'incision transversale pratiquée par M. Dupuytren, parce que susceptible de réunion immédiate, elle sera bien plutôt guérie, et exposera bien moins aux inflammations sous-aponévrotiques de la main, aux inflammations des gaînes des tendons, aux exfoliations de ces gaînes et des tendons fléchisseurs, parce qu'elle permettra bien plus tôt d'imprimer aux doigts des mouvemens nécessaires pour conserver à leurs articulations leur mobilité et leur souplesse; parce que les incisions longitudinales ne laisseront après elles que des cicatrices linéaires, etc.

LANCETTE DU 24.

HOTEL-DIEU.

Service de MM. BAILLY et PIORRY.

Entérite typhoïde; pneumonie double; angine couenneuse; mort. Traces de pneumonie, de lésion des glandes de Peyer; fausses membranes dans la trachée et les bronches; par M. Edouard LE RIVEREND, de Coutances.

Le malheureux qui fait le sujet de l'observation suivante a été successivement en butte à une entérite typhoïde, à une pleuro-pneumonie double et à une angine couenneuse. On verra que le traitement de M. Piorry dans l'entérite dite typhoïde, a été modifié par la complication du côté du poumon. En effet on a saigné largement : c'est qu'on devait combattre une maladie devant laquelle l'inaction est toujours funeste. Du reste, on a donné des boissons à haute dose, et le malade a été placé dans un endroit aéré de la salle. Ces moyens ont eu d'abord une heureuse influence, mais est survenue l'angine couenneuse et la mort à la suite d'asphyxie, causée en partie par l'écume bronchique, en partie par la présence de fausses membranes dans les voies de l'air, comme l'indique la nécropsie.

Nous ne pouvons passer sous silence, dans cet exposé, un fait remarquable présenté par ce malade, et qui est venu corroborer les idées que M. Piorry a émises depuis long-temps sur le développement des tubercules. Nous avons décrit, dans le cours de l'observation, l'état du sang de ce malade dans une saignée qui lui fut pratiquée. Déjà, dans quatre cas semblables, à la Salpétrière et en ville le même fait s'était présenté à M. Piorry dans les mêmes circonstances, et la nécropsie avait fourni les mêmes résultats.

Ces granulations dans la couenne inflammatoire, le poumon présentant simultanément de petits points incrustés grisâtres, analogues à ceux de la couenne, ne doivent-elles pas jeter quelque jour sur le mode de formation des tubercules, et ne peut-on pas dire avec quelqu'apparence de justesse, que c'est cette matière plastique granuleuse qui est le rudiment, l'origine première de ces productions accidentelles ? Dans les cas que M. Piorry a eu l'occasion d'observer, cet état particulier du sang était toujours en rapport avec le développement, dans le poumon ou d'autres organes de ces petits points grisâtres qui sont des tubercules commençans. De semblables granules se trouvaient dans les crachats de quelques-uns de ces malades.

Bouty, âgé de 24 ans, paveur, robuste, parens inconnus, à Paris depuis deux mois seulement, couchant à six dans une seule chambre, deux dans le même lit. Cette chambre a moins de quatre toises cubes, et possède une croisée.

Il y a quatre jours, il fut pris tout-à-coup d'une forte diarrhée, cinq à six selles par jour. Il fut en même temps soumis à une toux continuelle qui le fatiguait beaucoup. Il rendit plusieurs crachats de sang; il a été exposé plusieurs fois à des alternatives de froid et de chaud.

Depuis hier, 10 avril, il n'a pas eu de selles. Il n'a fait aucun traitement; seulement il n'a pas mangé depuis l'invasion de sa maladie.

A son entrée, lèvres sèches; langue rouge, couverte d'un enduit blanchâtre; chaleur modérée; légère douleur dans les flancs; il n'y en a pas dans la région de l'intestin grêle. On rencontre de la matité et du bruit humorique dans l'*Siliaque*. Le volume du foie est normal, mais il est remonté de deux pouces dans la poitrine. La rate est de volume médiocre. Légères douleurs dans le côté gauche, plutôt dans le flanc que dans le thorax; crachats rouillés, peu nombreux, petits, divisés dans des crachats muqueux également plus gros. Petite toux sans expectoration et très-fréquente. Le cœur est médiocre. Il existe de la matité en bas, en arrière et à gauche de la poitrine; la respiration est faible de ce côte; il y a un léger retentissement de la voix. On couche le malade sur le ventre, et la matité persiste. Il existe sur le même point des râles muqueux abondans. Douleurs sus-orbitaires; stupeur; facies abattu. Le pouls est à 90, dépressible. On ne rencontre ni pétéchies ni sudaminas. Le diagnostic est : Entérite typhoïde.

Traitement. Saignée proportionnée, réitérée le soir si les crachats sont encore rouillés; et le point de côté douloureux. Lavemens; cataplasmes sur le ventre; boissons à haute dose.

Le 12, deux saignées ont été pratiquées hier; le sang s'est recouvert d'une couenne épaisse qui contient dans la deuxième saignée surtout d'une manière très-évidente, de petites granulations grisâtres, nombreuses, du volume d'une tête d'épingle, existant au milieu d'une substance transparente. Il y a eu hier une seule selle liquide. La matité et le bruit humorique du ventre se sont dissipés. Un point de côté très-douloureux, en arrière et à gauche, est provoqué par la toux qui est sèche.

Depuis hier, le malade a expectoré quelques crachats grisâtres, muqueux; un d'entre eux a l'apparence puriforme; quelques autres sont teints de sang rouge et contiennent quelques granulations grisâtres du volume d'un grain de millet. Le sang rouge paraît venir de la gorge. On aperçoit aussi des crachats rouillés. La matité persiste en arrière et a lieu des deux côtés. Respiration faible; on n'entend pas de râle crépitant. En faisant parler le malade, l'oreille entend un bruit qui tient le milieu entre l'égophonie et la bronchophonie. Quand le malade tousse, on entend des râles variés dans le poumon à gauche et en arrière. Vésicatoire de cinq pouces de diamètre de chaque côté du thorax; saignée proportionnée; boissons à haute dose.

Le 14, la stupeur augmente; il y a eu hier deux selles liquides. Le pouls est à 80; la respiration assez facile; crachats muqueux, non sanguinolens. Toujours la matité est plus grande à gauche qu'à droite, vers l'angle inférieur de l'omoplate; la respiration y est en-

core un peu bronchique. Boissons à haute dose; nouveau vésicatoire à gauche; une panade.

Le 15, trois selles hier. Le pouls est à 85; la stupeur est moindre. Le malade se tourmente beaucoup de ce qu'il ne prend pas d'alimens. Il a bu trois pots de tisane. Deux panades légères; boissons à haute dose; lavement de graine de lin.

Le 16, stupeur plus prononcée, lèvres sèches, langue humide, pouls à 72, plutôt faible que fort; respiration lente, crachats muqueux, grisâtres, un peu aérés; expectoration difficile, pas de râle par l'auscultation à distance; un peu de matité à gauche; râle muqueux à grosse bulles de ce côté, mais très-léger; trois selles demi-liquides mêlées d'un peu de sang noirâtre; du reste la toux est légère, et il s'est manifesté une douleur à la gorge, dans laquelle on ne voit rien. Boissons à haute dose, gargarisme avec décoction de feuilles de ronces et sirop de mûres; 2 soupes.

Le 18, symptômes généraux à peu-près les mêmes, 2 selles liquides, quelques douleurs dans la région de l'iléon; expectoration de crachats grisâtres, puriformes : la déglutition en est très-difficile. Il ressent un mal de gorge depuis trois jours; sa voix a le caractère qu'elle présente dans l'angine (diagnostic : angine couenneuse). A la suite de la déglutition, le malade a des nausées, et les substances remontent par les fosses nasales, en même temps que la petite toux que le malade éprouve, démontre que le liquide entre dans la trachée; respiration à 40; pouls à 80; voix enrouée. Il y a eu un peu de délire la nuit précédente; la stupeur est un peu moins grande; l'inspection de la gorge la fait voir recouverte d'une couche grisâtre, couenneuse, soit sur la luette, soit sur les amygdales et les piliers du voile du palais; les yeux peuvent suivre cette couche jusqu'à sa terminaison; elle a l'apparence des fausses membranes pleurétiques, et la cautérisation que l'on pratique provoque l'expulsion d'une assez grande quantité de cette couche muqueuse, recouverte d'une couënne grisâtre. Répéter la cautérisation avec le nitrate d'argent, deux ou trois fois le jour, suivant les symptômes; gargarisme avec l'oxycrat; six lavemens.

Le 18 au soir, le malade est cautérisé une seconde fois, à une heure; il présentait alors les mêmes symptômes que le matin. Un râle bruyant se manifeste vers cinq heures, et la mort a lieu le lendemain matin à deux heures.

Nécropsie. On examine d'abord le siége de l'angine.

Une couche couenneuse, épaisse, sans ulcérations, existe dans toute la partie postérieure du pharynx et de la gorge, et tout autour aussi de l'orifice guttural du larynx; la membrane muqueuse, si évidemment rouge pendant la vie, est pâle après la mort. Les traces de la cautérisation existent. On voit les escarres produites par l'action du nitrate d'argent sur la plaie supérieure de l'épiglotte et de chaque côté des piliers du voile du palais. Les pseudo-membranes s'étendent, d'une part, dans les fosses nasales; de l'autre par en bas, jusque vers l'œsophage; elles sont épaisses, consistantes, assez analogues aux pleurétiques, et elles tapissent tout le pourtour de l'orifice guttural du larynx.

L'œsophage est exempt de toute lésion.

Toute la partie du larynx qui se trouve au-dessus des ventricules est atteinte de la même lésion, qui se limite directement au niveau de ces mêmes ventricules, dans l'intérieur desquels se rencontrent des mucosités assez épaisses.

En ouvrant la trachée, qui est saine jusqu'à un pouce au-dessus de sa bifurcation, on trouve qu'elle est peu rosée et nullement ramollie; plus inférieurement, elle est rouge, arborisée; les productions couenneuses existent à sa bifurcation; elles sont à peu près du volume du pouce, et s'étendent surtout dans le poumon gauche; elles ne sont pas adhérentes, et ne bouchent qu'incomplètement le passage de l'air.

Le calibre des bronches de chaque côté est du reste oblitéré par une écume abondante qu'on fait refluer en pressant sur le poumon.

Le poumon gauche offre une pneumonie entre le deuxième et le troisième degrés.

Le poumon droit en présente une entre le premier et le deuxième degré.

Des granulations grisâtres en très-grand nombre, formées par du pus, et du volume d'une tête de camion, existent aussi dans le poumon gauche, et rappellent la nature de celles trouvées dans la couenne du sang de la seconde saignée.

Le foie est d'un médiocre volume.

L'estomac est recouvert d'arborisations rougeâtres et d'un pointillé rouge à la partie déclive. La muqueuse est d'une bonne consistance. Les dix ou douze dernières glandes de Peyer sont développées et épaissies; deux d'entre elles sont ulcérées à leur surface; non-seulement autour d'elles, mais encore dans l'intervalle qui les sépare, la muqueuse est d'un cramoisi arborisé.

Le colon transverse et descendant présentait des rougeurs très-marquées.

La valvule iléo-cœcale est saine.

Le crâne n'est pas ouvert.

LANCETTE DU 26.

HOTEL-DIEU.

M. SANSON, professeur.

Leçons sur les plaies d'arme à feu.

En présence d'un grand nombre d'auditeurs, parmi lesquels on remarquait MM. les docteurs Moulinié de Bordeaux, Le Roy d'Étiolles, etc., M. Sanson, d'après la demande qui lui en avait été faite, récapitule succinctement les généralités qu'il avait exposées dans une leçon précédente, sur les plaies d'armes à feu.

Le nombre des blessés confiés à ses soins, et surtout la variété des blessures qui, chez presque tous, sont multiples, lui fournissent l'occasion de montrer aux élèves les plaies les plus intéressantes et la diversité de traitement qu'elles réclament. Aussi, pense-t-il, dans l'intérêt de l'humanité, devoir profiter des tristes résultats de nos discordes civiles, pour augmenter l'instruction des élèves, et se propose-t-il de leur tracer en peu de mots les circonstances les plus remarquables d'un genre de blessures dont, jusqu'à l'époque où nous vivons, les temps de paix ne nous avaient fourni qu'un très-petit nombre d'exemples en France.

Les corps mus par l'explosion de la poudre et lancés par les armes à feu, sont animés de deux mouvemens, le premier d'impulsion, le deuxième de rotation. Ce deuxième mouvement sert beaucoup aux effets que l'on veut produire quand on fait ricocher les boulets de canon; on l'observe également dans tous les autres projectiles, et il est une des causes les plus puissantes de la déviation qu'ils éprouvent lorsqu'en pénétrant dans l'épaisseur de nos tissus, ils atteignent un os qu'ils ne brisent pas.

Ces déviations ont la plus grande analogie avec celles des billes au jeu de billard; on connaît les mouvemens extraordinaires qu'un joueur habile peut imprimer à sa bille, en la frappant en haut, en bas ou sur un des côtés.

La contusion occasionnée par ces projectiles présente trois degrés différens dans les cas de plaies ou dans ceux qui n'offrent pas de lésions des tégumens.

1° La contusion est légère; la résolution s'opère facilement et la guérison est rapide.

2° Elle est plus forte; la texture des parties est altérée, et, quoique non évidente dans les premiers jours, cette altération ne tarde pas à se manifester aussitôt que l'inflammation se développe.

3° Enfin, l'altération des tissus est très-profonde à l'instant même de la blessure, et quand l'inflammation éliminatoire survient, de larges escarres se détachent et la plaie s'agrandit.

Lorsque la plaie ou seulement la contusion sont accompagnées d'épanchemens sanguins, on observe souvent une sorte de fluctuation dans la marche de ces épanchemens; tantôt ils augmentent ou diminuent. Souvent, après une tuméfaction, un engorgement considérables, il y a diminution rapide par l'absorption des parties les plus ténues du sang, et il se forme un caillot dur qui ne peut être dissout que par un nouvel afflux de liquides.

Dans quelques cas, la tuméfaction persiste, quoiqu'il n'y ait point de caillots réfractaires; mais l'attrition des parties a été telle, que la vitalité y est suspendue ou que les tissus sont frappés de mort, et le sang épanché ne peut plus être résorbé.

Les plaies contuses offrent généralement les mêmes phénomènes que les contusions ordinaires; cependant, lorsqu'elles arrivent aux endroits où la peau recouvre une surface osseuse, leur division peut être aussi nette que si elles eussent été produites par un instrument tranchant, et il est possible alors d'en obtenir la réunion par première intention.

Lorsque la plaie contuse est petite, il se forme quelquefois des foyers sanguins abondans, des phlébites, des phlegmons érysipélateux, ou des inflammations suivies de gangrène se développent. L'entrée de l'air dans ces foyers peut déterminer ces accidens; aussi doit-on chercher, autant que possible, à obtenir la résolution avant de débrider.

D'après ce qui a été dit plus haut, les projectiles lancés par la poudre agissent donc de deux manières; d'abord, comme corps contondans simples; ensuite par le mouvement de rotation dont ils sont animés, et qui ressemble à celui d'une meule tournant avec une grande rapidité.

Les boulets et les balles mortes ne produisent ordinairement que des contusions, et s'ils occasionnent des plaies, cela tient au mouvement de rotation qui use les parties.

Les plaies d'armes à feu sont noires, desséchées; elles sont le siége d'escarres dues à l'attrition des parties et non à la brûlure produite par les boulets ou les balles; car s'il en était ainsi, l'élévation de température nécessaire pour déterminer la brûlure, occasionnerait la fusion de la balle.

La forme des plaies est très-variable; elles diffèrent, suivant la figure, le volume des projectiles et les parties qui sont atteintes. On trouve cependant, dans tous les cas où une balle traverse une partie de part en part, que la plaie d'entrée est froncée, déprimée, et plus petite que celle de sortie qui est déchirée et dont les bords sont saillans.

On dit que ces plaies ne saignent pas; oui, cela est vrai, si les projectiles ne traversent que des parties dont les vaisseaux ne sont pas très-développés. Elles saignent certainement beaucoup moins que les plaies des mêmes parties occasionnées par des instrumens tranchans. Mais si une artère volumineuse est sur le trajet de la balle ou du boulet, alors il survient une hémorrhagie promptement mortelle, et l'individu succombe à l'instant. Aussi, ne voit-on pas fréquemment de ces plaies dans les ambulances ou les hôpitaux, parce que les blessés périssent sur le champ de bataille. Quelquefois la turgescence des tissus, la formation d'une eschare, la présence de corps étrangers, d'une esquille, le tiraillement et la dilacération

des vaisseaux empêchent l'hémorrhagie qui cesse alors comme dans les plaies par arrachement, mais dans les autres cas elle ne tarde pas à se manifester. Il peut arriver que les parties déchirées par la balle et refoulées sur ses côtés, déplacent une artère volumineuse située sur son trajet : cela se remarque dans les régions où les vaisseaux sont entourés de tissu cellulaire lâche et très-extensible.

Un symptôme que présentent les plaies d'armes à feu est la stupeur qui est ou locale ou générale, mais il s'en faut bien qu'elle existe toujours, même sous forme locale, ainsi que l'ont avancé les auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Dans les plaies de peu d'importance chez les conscrits, il y a souvent stupeur au moins momentanée, et il n'est pas rare de voir de jeunes soldats laisser aller leur urine et leurs excrémens dans leurs vêtemens lorsqu'ils sont atteints de blessures légères. Il n'en est plus de même chez les soldats aguerris ou chez les individus qu'animent de profondes convictions. La surprise chez les blessés dont l'énergie est peu développée, produit plutôt ce phenomène que l'influence de la douleur, puisque dans la plupart des cas la douleur n'a pas lieu immédiatement.

On entend par stupeur locale, l'état de tout un membre qui reste froid, pesant, livide et incapable de mouvement. La stupeur générale s'accompagne du trouble des sens, de l'intelligence ou de la perte de connaissance, de la petitesse et concentration du pouls, du froid, de la décoloration et lividité de la peau, de l'insensibilité, enfin de l'impuissance du mouvement.

Dans le fort de leur course, les projectiles n'occasionnent pas ordinairement de commotion, et cela est si vrai qu'on voit des balles traverser les membres inférieurs, sans empêcher les blessés de parcourir des espaces plus ou moins étendus avec autant de vitesse que s'ils n'avaient pas été atteints; ce qui ne se concevrait guère s'il existait au moins une stupeur locale qui annihilât l'action des muscles.

Des blessés actuellement dans la salle Sainte-Jeanne ont été dans ce cas.

Un boulet même emportant un membre inférieur peut ne faire tomber le blessé que par manque de support; et des militaires ayant perdu une jambe de cette manière, racontent qu'ils ne se sont aperçus de cet accident qu'à la chute qu'ils avaient éprouvée, et non à la commotion ni à la douleur; car ces plaies, lorsque le projectile est dans toute sa force, n'occasionnent pas une douleur immédiate.

Mais si le mouvement du projectile est moins rapide; si, au lieu d'enlever les membres, il fracture ou brise les os en éclat, dilacère et tiraille les parties molles, la stupeur locale et générale surviennent promptement.

Le boulet arrivé à la fin de sa course peut, en ne coupant pas nettement les parties qu'il atteint, enlever le blessé et le projeter à vingt ou trente pas du lieu où il a été frappé; alors il y a commotion cérébrale, stupeur générale.

Enfin une grande perte de sang, le séjour dans un lieu froid et humide, le défaut de secours, la frayeur, etc., font tomber les blessés dans la stupeur générale, sans cependant qu'il y ait ébranlement ni commotion du cerveau.

La même chose arrive aux individus que l'on amène dans les hôpitaux avec des écrasemens des membres par le passage de roues de voitures. Ici la douleur locale, l'épanchement de sang dans les tissus, et la crainte les plongent dans la stupeur, quoiqu'ils n'aient souvent pas éprouvé de commotion cérébrale.

Les balles et les boulets se dévient souvent de leur course; M. Sanson cite deux exemples d'individus ayant reçu des coups de pistolet à bout portant sur la poitrine, et dont cette cavité ne fut point traversée par les balles qui, ayant suivi la convexité de la face externe des côtes sous les tégumens, sont sortis par le point diamétralement opposé à leur entrée.

La même chose a été observée à l'extérieur du crâne, Et M. Larrey cite, dans ses mémoires de chirurgie militaire, l'exemple d'un soldat qui reçut une balle à la partie moyenne du front, près du sinus longitudinal; elle marcha ainsi le long de ce sinus jusqu'à la suture occipitale, elle détermina tous les accidens de la compression. Une sonde de gomme élastique, introduite dans le trajet suivi par la balle, fit reconnaître sa situation, et permit à l'opérateur de l'extraire au moyen de la trépanation. Le blessé ne tarda pas à guérir.

PINEL-GRANDCHAMP.

De l'huile empyreumatique du bois comme agent thérapeutique; par M. le docteur BERMOND, de Bordeaux.

C'est au moment où un nouvel agent thérapeutique est proposé, que des essais de tous genres doivent être tentés. La créosote, au dire des praticiens distingués, possède une force médicatrice bien précieuse et tellement extraordinaire, qu'il faut l'avoir observée pour y croire. Comme tous les moyens même les plus infaillibles, celui-ci a déjà éprouvé quelques revers; mais on ne doit pour le moment que le noter, sans trop les prendre en considération, car ils pourraient devenir, en se présentant dans les premières expériences, un motif de découragement pour les praticiens. Ce n'est pas pour faire l'apologie ni déprécier ce médicament que je viens en parler, c'est pour ajouter à quelques faits. Le hasard sert souvent aux plus belles découvertes; c'est pour annoncer ce que le hasard a procuré, que je vais relater quelques renseignemens que j'ai recueillis tout récemment sur les lieux :

La ville d'Angoulême possède une poudrière remarquable par la beauté de ses bâtimens et le grand nombre d'ouvriers qui y sont employés. Après avoir été conduit par M. le directeur de l'établissement dans tous les ateliers pour examiner les différentes préparations que l'on fait subir aux ingrédiens de la

poudre et à la poudre elle-même, je m'arrêtai plus spécialement dans le local où l'on réduit le bois en charbon par la distillation. L'appareil me parut tellement bien confectionné pour obtenir une grande quantité d'huile empyreumatique, que je demandai si ce produit était recueilli pour la préparation de l'acide pyro-acétique. M. le directeur me répondit que cette matière n'était point employée pour cet objet; mais que l'huile empyreumatique avait dans la contrée une grande réputation pour guérir les ulcères de mauvaise nature, faire cicatriser les plaies et même résoudre quelques tumeurs.

Ce fait, qui m'a été également certifié par plusieurs ouvriers, devient pour nous d'une grande importance en thérapeutique. En effet, la créosote est retirée à grands frais de l'huile empyreumatique, elle nécessite de longues et minutieuses opérations chimiques; il faut agir sur des quantités considérables de produit pour obtenir infiniment peu de substance; enfin, n'enlève-t-on pas à la masse, par les nombreuses manipulations qu'on est obligé de lui faire subir, quelque principe succédané de la créosote?

Tous ces motifs doivent aussi nous engager à tenter l'emploi de l'huile empyreumatique, dont on a tout lieu d'espérer d'heureux effets. La question sera toutefois promptement résolue, puisque les hôpitaux fournissent bon nombre de sujets sur lesquels on pourra étudier ses propriétés anti-septiques, cicatrisantes et résolutives. Les expériences vont être incessamment commencées, et nous nous empresserons de publier les résultats obtenus.

LANCETTE DU 29.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

—

Clinique de M. Guersent.

Accès épileptiformes; rougeole et pneumonie intercurrentes; émissions sanguines et révulsifs; guérison de cette triple affection.

Victorine Géland, âgée de onze ans, nerveuse, irritable, non encore menstruée, éprouva, vers le milieu de mars, à la suite d'un violent accès de colère, une convulsion caractérisée par la contracture des membres supérieurs, la déviation de la bouche et le serrement des mâchoires. Cette attaque se renouvela plusieurs fois dans la même journée, et persista les deux jours suivans. La malade ne perdit jamais connaissance; elle conservait le souvenir de tout ce qu'elle éprouvait. On ne remarqua qu'une seule fois de l'écume à sa bouche.

Admise à l'hôpital trois jours après le début, les attaques persistant encore, et revenant à des intervalles beaucoup moins rapprochés, on fit appliquer des sangsues derrière les oreilles, on prescrivit des bains tièdes, des boissons antispasmodiques et des purgatifs. Sous l'influence de cette médication, les accès s'éloignèrent, et la malade put reprendre ses occupations après huit jours de séjour à l'hôpital. Mais de nouveaux accès eurent lieu chez elle trois jours après, la fièvre s'alluma; elle fut prise en même temps de toux et de dyspnée, et rentra à l'hôpital le 4 avril.

Le 5, à la visite du matin, face rouge, animée, injection des conjonctives, larmoiement des yeux, éternuemens répétés, céphalalgie intense, délire, agitation, surtout la nuit; tremblement des lèvres et de la langue, engourdissement du bras gauche sans contracture; lèvres sèches, langue rouge, piquetée sur les bords; pas de nausées, de vomissemens ni de diarrhée; ventre souple et indolent; toux fréquente, sans expectoration, sans diminution de la sonoréité des parois thoraciques et sans altération du bruit respiratoire. Peau chaude, pouls à 120 pulsations.

Tout annonce chez elle l'imminence d'une rougeole et d'une variole, qu'elle aura contractée dans ces salles pendant son premier séjour à l'hôpital. Elle n'est point vaccinée, et n'a eu ni la rougeole ni la scarlatine. *Infusion de tilleul et de feuilles d'oranger; sinapismes aux membres inférieurs; diète.*

Dans la nuit du 5 au 6, délire violent; la malade quitte plusieurs fois son lit; on est obligé de l'attacher. Le matin l'intelligence est nette, la tête est toujours douloureuse, les lèvres sont toujours agitées d'un tremblement convulsif; la fièvre persiste, ainsi que la toux, la rougeur des conjonctives et le coryza.

Dans la soirée, la face et le cou se couvrent de quelques taches rouges.

Le 7, deuxième jour de l'éruption, les taches rouges de la peau se sont transformées en petites papules, faisant une notable saillie au-dessus du niveau de la surface cutanée, appréciables à la vue et au toucher. La fièvre est intense, le pouls bat 128 fois par minute; la malade est très-agitée; la tête est toujours douloureuse, le tremblement des lèvres et les soubresauts des tendons persistent. Toux fréquente, sèche; légère altération de la voix; gêne de la déglutition; râle muqueux en arrière et à gauche; la percussion de la poitrine rend un son également clair des deux côtés. Les parois de cette cavité ne sont le siége d'aucune douleur.

Il est difficile de déterminer si l'éruption dont la peau est le siége, appartient à la variole ou à la rougeole. L'absence de nausées, de vomissemens, et de douleurs lombaires; la prédominance des signes de l'affection catarrhale, nous portent à le rattacher à une rougeole boutonneuse; la marche ultérieure de la maladie a confirmé le diagnostic. Toutefois, dans l'intention de remédier à la céphalalgie et aux autres accidens cérébraux, et pour favoriser en même temps la marche de l'éruption, qui est nulle aux membres inférieurs, M. Guersent prescrit *une application de*

sangsues derrière les oreilles, et il fait promener *des sinapismes* sur les membres inférieurs.

Le 8, troisième jour de l'éruption, le délire et l'agitation ont encore eu lieu pendant la nuit. Ce matin, l'éruption rubéolique est très-manifeste, elle couvre presque toute la périphérie cutanée; elle est confluente à la face, sur le cou, le dos, et à la partie externe des articulations des membres. Aucune des papules qui avaient apparu la veille en différens points, ne s'est transformée en vésicule applatie et ombiliquée; il n'existe plus de doutes sur la nature de l'éruption: d'ailleurs, la persistance du mouvement fébrile, qui cesse dans la grande majorité des cas à l'époque de l'éruption de la variole; la toux, l'état des conjonctives et de la pituitaire, joints à l'aspect de l'éruption, suffiraient pour les dissiper entièrement. 120 pulsations, 48 inspirations par minute.

Le 9, quatrième jour de l'éruption, le pouls est descendu à 72. Les symptômes nerveux se sont entièrement dissipés; la malade a dormi pendant la nuit d'un sommeil profond. Aucune agitation n'a eu lieu. Les membres sont parfaitement libres, les lèvres et la langue ne présentent plus de tremblement. Il n'existe plus de soubresauts des tendons. L'éruption est toujours très-caractérisée à la face et sur les membres. Les conjonctives restent injectées. Les lèvres sont sèches, la langue couverte d'un enduit grisâtre est légèrement collante, l'épigastre est douloureux à la pression, deux ou trois selles liquides ont eu lieu dans la journée. La toux persiste; l'auscultation et la percussion du thorax fournissent des résultats négatifs.

Le 10, cinquième jour, desquammation furfuracée de la face, pâleur des taches rubéoliques sur le reste du corps, toux sèche, râle muqueux en arrière, légère douleur sous-sternale, trois selles diarrhéiques, 76 pulsations, 40 inspirations par minute. *Gomme édulcorée, julep gommeux,, demi-lavemens d'amidon, diète.*

Le 11, pouls à 80, chaleur de la peau naturelle, légère altération de la voix, toux, suivie de l'expectoration de quelques crachats muqueux, sans douleur ni à droite ni à gauche de la poitrine. Diarrhée sans douleur de ventre, cinq à six selles liquides dans les 24 heures.

Le 12, le pouls est remonté à 124 pulsations, la respiration à 52. Exaspération de la toux, expectoration des crachats mammulaires, opaques, nageant au milieu d'un liquide ayant l'aspect et la consistance d'une légère solution de gomme arabique, râle crépitant fin et sec dans la moitié inférieure du côté gauche, lèvres sèches, encroûtées, langue rouge, lisse, soif vive; un vomissement, deux selles liquides. *Saignée du bras.*

Le 15, 44 inspirations, 96 pulsations. Rale crépitant dans la moitié inférieure du côté gauche plus humide et à plus grosses bulles que la veille, toux suivie de l'expectoration de quelques crachats pelotonnés blanchâtres, sans stries sanguines, sonoréité de la poitrine conservée, peu de douleur urétique ni a droite ni à gauche. La douleur épigastrique a disparu, la diarrhée a cessé. La tête n'est point douloureuse, l'intelligence est intacte. Aucun accès épileptiforme n'a eu lieu depuis l'apparition de l'éruption, les soubresauts des tendons, le tremblement convulsif des lèvres qui existaient au début sont entièrement dissipés. *Vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.*

Le 14, pouls à 112, 28 mouvemens inspiratoires; douleur du flanc gauche, augmentant par la toux et les fortes inspirations.

Le 15, le râle muqueux a remplacé le râle crépitant dans la partie inférieure du poumon gauche; à droite, on n'entend que du râle sibilant. Les voies digestives sont en assez bon état. On accorde du lait. On entretient la suppuration du vésicatoire.

Le 17, pouls à 84; respiration à 24. L'expansion est assez franche en arrière, à droite et à gauche. On n'entend plus que quelques bulles de râle muqueux. La sonoréité de la poitrine est normale. En avant, le bruit respiratoire est pur, le son naturel. La peau est de chaleur naturelle, la langue est large et humide; le ventre indolent; la diarrhée a cessé.

Le 20, guérison complète, sortie de l'hôpital.

Des moyens de prévenir la scarlatine; par M. le docteur Miquel, d'Ambroise (Indre-et-Loire) (1).

C'est après s'être convaincu du peu de valeur des moyens hygiéniques et thérapeutiques employés contre la propagation de la scarlatine, que l'auteur qui regarde cette maladie comme contagieuse est arrivé à faire quelques expériences dont nous allons présenter un résumé, expériences desquelles il croit pouvoir conclure que *la scarlatine comme plusieurs autres maladies analogues, peut être inoculée de façon à déterminer une inflammation locale qui réagisse peu sur l'organisme, et soit préservatrice autant que le vaccin l'est de la variole.*

Mais avant d'arriver à ces expériences, M. Miquel a fait d'abord des essais avec le virus varioliquc et celui de la clavelée; en voici le résumé :

Dans le premier fait il s'agit d'un enfant de 20 mois, élevé au biberon, maigri depuis un mois seulement, quoique buvant et mangeant beaucoup. Sa tête était aussi volumineuse que chez un enfant de cinq à six ans, les fontanelles et sutures non soudées; cris aigus.

L'enfant n'avait pas été vacciné, et comme il dépérissait malgré un traitement rationnel, M. Miquel crut pouvoir tout tenter.

Le 10 août il fit une incision de huit lignes dans toute l'épaisseur de la peau du bras gauche, sur l'insertion deltoïdienne; il plaça dans l'incision trois croûtes vaccinales fraîches, et couvrit le tout d'un emplâtre de diachlion gommé.

---

(1) Extrait analytique d'un Mémoire présenté à l'Académie de Médecine.

L'appareil se dérangea le lendemain et les croûtes tombèrent; la plaie était comblée, le fond vermeil, les bords en bon état, presque pas de suppuration.

Ce n'est que le 14 que M. Miquel revit le malade et sut ce qui était arrivé; il remit trois nouvelles croûtes de vaccin qu'il fixa plus solidement avec des bandelettes. *Eau d'orge lactée; bouillie.*

Le 16, un peu de fièvre.

Le 17, la plaie était grise au fond supérieurement et comme recouverte d'une fausse membrane; les bords y étaient un peu gonflés, inférieurement aspect vermeil et bon, ce que l'auteur explique par le dérangement de l'appareil; écoulement séreux abondant par le haut de la plaie. Trois nouvelles croûtes furent placées dans l'angle inférieur.

Le 20 août, il y avait eu, au rapport de la mère, des cris, sept vomissemens, du dévoiement; peau sèche et brûlante, pouls fréquent, langue pâle et rouge aux bords, ganglions axillaires gauches un peu engorgées, plaie grise et couenneuse, bords gonflée, durs et rouges, épiderme environnant soulevé et contenant du liquide, avec cercle rouge inflammatoire autour; c'était *une véritable inflammation vaccinale.*

Les accidens augmentèrent et la mort eut lieu le 25. L'autopsie fit voir une injection prononcée des méninges, beaucoup de sérosité dans le cerveau, les ganglions mésentériques engorgés, mous et rougeâtres, les reins étaient tâchés de jaune et arborisés, ce qui prouve, selon l'auteur, que les *reins avaient subi l'influence d'une maladie éruptive.*

A la plaie du bras, épiderme voisin soulevé, derme décoloré et siége de plusieurs petites ulcérations; ces ulcérations se retrouvaient vers la symphyse sacro-iliaque droite.

— Dans le deuxième fait, c'est un enfant de 23 mois, chez qui la vaccine avait manqué plusieurs fois; du virus-vaccin frais porté avec une lancette dans une incision de 8 lignes, détermina une inflammation vaccinale aux angles, une croute au milieu; les deux boutons suivirent une marche ordinaire.

3° Sur huit agneaux M. Miquel a inoculé du virus de la clavelée et aucun de ces animaux dont la moitié avait péri de cette maladie, ne l'a eue depuis, autrement que comme *éruption locale.*

4° L'auteur a inoculé du virus variolique sur un jeune homme de 17 ans; 4 piqûres déterminèrent autant de boutons larges et enflammés; ces inoculations varioliques ont été répétées avec un égal succès sur 120 individus, et plus tard sur un grand nombre d'autres, le vaccin lui manquant.

Les résultats qu'il a obtenus sur des sujets de plusieurs communes, sont les suivans:

1° Le virus appliqué seulement sur la peau sans excoriation, ne produit pas d'inflammation locale spécifique;

2° La plus faible dose du virus, une piqûre tellement légère qu'il n'y a pas d'écoulement de sang, pas de rougeur, enfin rien de visible à l'œil qui dénote qu'il y a eu une piqûre, suffit pour déterminer un bouton; qui plus est, une lancette dont la pointe est un peu humide de ce virus, introduite sous le derme jusqu'à trois et quatre fois, produit presque infailliblement des pustules, même chez les adultes que tous seront plus réfractaires en vaccin.

Plus les sujets sont âgés, ou bien plus il ont la peau ferme, et peu disposées aux inflammations, plus on a de chances de n'avoir qu'une inflammation locale, plus aussi l'on en a d'obtenir des boutons d'apparence vaccinale.

Dans les enfans, depuis le plus bas âge jusqu'à sept ou huit ans, ceux qui ont eu une éruption secondaire avaient la peau sujette à des inflammations pustuleuses ou bien étaient chétifs et mal portant.

Les derniers inoculés d'un même canton m'ont semblé fournir un plus grand nombre d'éruptions secondaires; ce qui s'explique, je crois, par leur cohabitation antérieure avec d'autres sujets malades; quatre fois j'ai renouvelé le virus, je l'ai apporté dans des tubes, aucun des six enfans qui ont été inoculés de la sorte n'ont eu d'éruption secondaire.

Sur cette première série de 120, trois enfans qui avaient couché pendant plusieurs jours avec leur sœur, atteinte de variole, ont eu une éruption qui ressemblait assez à celle de leur sœur; elle se fit avant le neuvième jour, fut peu confluente et se termina bien; l'un des trois contracta, quinze jours après, une gastro-entérite dont il succomba, après le quinzième jour, par le fait d'un nouvel écart de régime.

Quant aux quinze autres, l'éruption qu'ils eurent fut presque toujours très-légère, jamais confluente et ne parcourut jamais complètement les périodes de la petite vérole; la fièvre qui l'annonçait avait lieu du septième au neuvième jour, l'éruption se faisait du onze au douze, et les pustules n'atteignaient que rarement le degré de développement suffisant pour qu'on put y recueillir un liquide avec des tubes à vaccin, elles se désséchaient presque aussitôt, et la chute des croûtes n'était pas longue à se faire. Je ne connais point de ces enfans qui aient conservé des cicatrices comme après la variole non modifiée.

Quelque incertitude qu'il puisse y avoir encore, poursuit l'auteur, sur l'origine du vaccin, sur son identité ou sa différence avec le virus variolique, il n'était pas moins démontré pour moi, savoir: par le fait n° 1er, que si le vaccin a une action le plus souvent locale, cela ne dépend que de son mode d'introduction dans notre économie;

2° Que la clavelée peut se comporter comme le vaccin, si on a soin de ne pas introduire une trop grande quantité de virus, et si l'on séquestre convenablement les animaux qu'on va inoculer;

3° Que le virus variolique, qui me semble le plus énergique de tous ceux produits par les affections éruptives de nos contrées, lors même qu'il est recueilli dans des circonstances où il doit être le plus énergique, ne produit une infection générale ostensible, que lorsqu'il est déposé sur un individu qui, par sa constitution trop jeune et trop délicate, peut être vivement affecté par les phénomènes de résorption; mais encore restait-il démontré que son action est beaucoup diminuée par l'effet local des boutons, suite de l'inoculation.

J'avais acquis par ces faits, la preuve presque com-

plète, qu'il est possible de localiser très-souvent, peut-être même toujours, les maladies éruptives susceptibles d'être inoculées ; de préserver, par ce procédé, les êtres qui y sont sujets.

Je me dis alors, puisque la scarlatine a été inoculée pourquoi ne pourrait-on pas la localiser comme les autres? Mieux même, car elle ne produit que peu de virus, et la résorption doit être nulle ou tout au plus très-faible, et sans doute incapable de déterminer une affection secondaire et constitutionnelle; car, dans la scarlatine, il n'y a pas, à strictement parler, de pustules qui ulcèrent les premières couches du derme, et qui mettent à découvert une grande quantité de bouches absorbantes, ou de hiatus veineux.

Les théories les plus séduisantes ne sont pas toujours confirmées par l'expérience; je dus donc attendre et mettre à profit la première occasion favorable de justifier cette idée par des faits. Je vais rapporter ce que les circonstances m'ont permi d'observer.

Première expérience.

A la fin de novembre 1833, j'avais à Nazallez, plusieurs scarlatineux: l'une des filles de Denis Charron, âgée de quinze à seize ans, eut cette éruption très-apparente et très-forte.

Le troisième jour, je piquai plusieurs papules avec quatre lancettes; les piqûres ne saignèrent pas, mais il sortit une matière jaunâtre qui adhéra aux pointes de mes instrumens, que je serrai très-soigneusement : je me rendis aussitôt à Noizai, chez la nommée Guimar, qui nourrit des enfans de la Madeleine de Tours.

Sur une petite fille, nommée Artéloïse Dalie, âgée de 26 à 29 mois, je fis, avec mes quatre lancettes, huit piqûres au bras; j'avais eu l'attention d'exposer préalablement chaque instrument à la vapeur de ma respiration; je n'eus que quatre de ces piqûres, qui, dès le lendemain soir, c'est-à-dire trente heures après, commencèrent à rougir.

Le deuxième jour, la rougeur fut assez prononcée, et fut en croissant pendant trois jours; chaque piqûre enflammée ressemblait le quatrième jour à un bouton vaccinal commençant.

Au cinquième jour de cette inoculation, l'inflammation avait disparu; il n'y eut point de fièvre ni autres troubles de la santé.

Deuxième expérience.

Quinze jours après, les autres enfans de Denis Charron eurent aussi la scarlatine; l'éruption fut moins apparente que chez leur sœur. Je garnis vingt-quatre lancettes, comme je l'ai dit dans l'observation précédente, mais les circonstances ne me permirent pas d'enduire aussi complètement leur pointe de la matière scarlatineuse. Une heure après, avec six de ces lancettes, j'inoculai de nouveau la même petite fille; je lui fis six piqûres qui ne rougirent pas.

Puis j'allai chez la nommée Souchu, qui nourrit aussi des enfans de l'hospice de Tours; à chacun de ces trois nourrissons, âgés de dix-huit mois à cinq ans, je fis six piqûres avec les dix-huit autres lancettes.

Les dix-huit piqûres ne furent suivies d'inflammation que chez un de ces enfans, celui âgé de quatre ans, encore n'eut-il que trois boutons, qui suivirent la même marche que chez le nourrisson de Guimar.

Cette nouvelle inoculation me semble une contre-preuve assez décisive, car enfin si l'inflammation obtenue chez le premier n'eut été que traumatique, pourquoi ne se serait-elle pas renouvelée à la seconde inoculation; pourquoi chez les trois enfans de Souchu dix-huit piqûres faites dans les mêmes circonstances n'ont-elles produit que trois pustules, qui comme celles du nourrisson de Guimar, ont suivi le marche de l'inflammation scarlatineuse.

Troisième expérience.

Il me restait à savoir si cette affection locale préserverait de la scarlatine.

Le 18 janvier 1834, je fus appelé chez le nommé Bocé, maçon, demeurant à Amboise, rue de Bleré, pour y voir une petite fille âgée de quatre ans, atteinte d'une scarlatine angineuse des plus confluentes, avec accidens cérébraux; la maladie datait de vingt-quatre heures. Cet homme, sa femme et ses trois enfans habitaient une seule chambre, basse, humide et mal aérée, il était impossible de séparer les deux enfans. J'avais déjà observé que quand la scarlatine éclate dans une maison, le premier malade précède ordinairement les autres de douze à quinze jours. Je proposai donc à la mère d'attendre jusqu'au troisième jour, de piquer avec ma lancette les avant-bras, là ou je verrais la peau plus malade qu'ailleurs, de changer l'instrument qui en sortirait, pour faire à chacun des deux enfans un certain nombre de piqûres; cette femme y consentit.

A la petite fille, qui était brune et âgée de neuf à dix ans, je fis dix piqûres aux cuisses, au petit garçon blond et âgé de dix-huit à vingt mois, je n'en fis que six; je pénétrai sous l'épiderme comme dans une vaccination, etc.

Dès le lendemain, les dix piqûres de la petite se reconnaissaient par de petits points noirs formés par du sang désséché, chacun de ces petits points était entouré d'une petite auréole rouge; le deuxième jour, cette rougeur était plus grande et plus rouge; le troisième jour, elle n'avait pas augmenté, seulement la peau paraissait avoir pris là un peu plus d'épaisseur. Cette inflammation ressemblait parfaitement par la forme de la tumeur et la couleur, à une papule scarlatineuse; le quatrième jour, il n'y avait pas de changement; le cinquième jour, il restait fort peu de chose, la peau était seulement plus brune, il n'y eut point de fièvre ni de gonflement apparent des ganglions axillaires.

Quant au plus jeune, cinq de ses piqûres seulement devinrent rouges et gonflées comme celles de la sœur, la seule différence c'est que la rougeur fut un peu plus large et la saillie un peu plus forte, ce qui

me sembla tout naturel, puisque cet enfant était blond et avait la peau très-vasculaire, que la sœur l'avait brune et peu injectée.

Depuis le 19 janvier jusqu'à ce jour, 1er avril, ces enfans ont habité et couché avec leur sœur; l'on n'a pas pris du reste la plus petite précaution pour les préserver de la scarlatine, et cependant ils ne l'ont pas contractée. Ces faits, si je ne m'abuse, sont probans et doivent engager à répéter ces expériences.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Examen des malades les plus importans de la salle Sainte-Agnès.

Ulcère syphilitique développé à la lèvre supérieure, et simulant une pustule maligne; traitement.

Au n° 1 de la salle Sainte-Agnès, est couchée la nommée Elisabeth Hénin, d'une taille moyenne, d'une assez bonne constitution; elle se dit âgée de vingt-six ans, et exerce un état fatigant (marchand des quatre saisons).

A son entrée, le 9 avril dernier, elle portait une ulcération au côté gauche de la lèvre inférieure.

Au premier aspect, cet ulcère présentait tous les caractères d'une pustule maligne. Cependant la maladie ayant fait peu de progrès, on se contenta de mettre en usage les émolliens; peu à peu l'affection s'est développée et a offert les caractères d'une affection syphilitique. La malade a été immédiatement soumise à un traitement anti-vénérien, composé de tisane de squine et de salsepareille; sirop sudorifique, 3 onces, pilules faites avec sublimé, 1/8 de grain; gayac, 3 grains; opium, 1/4 de grain.

L'aspect de la plaie, qui est aujourd'hui meilleur, est venu confirmer le diagnostic que le professeur avait porté.

Chûte sur la paume des mains; fracture de l'extrémité inférieure des deux radius; vice de consolidation du côté droit; appareil mis en usage pour la fracture du côté gauche.

Le lit du n° 5 renferme une auvergnate, âgée de cinquante-huit ans, d'une petite taille, porteuse d'eau, et habitant une des petites rues de la Cité.

Cette malade, qui est entrée le 14 mars dernier, nous a offert un cas assez remarquable, une fracture des deux radius. La première, celle du côté droit, guérie avec un vice de consolidation, et la seconde, celle du côté gauche, en voie de guérison.

Il y a quinze mois qu'elle se fit recevoir dans un autre hôpital pour son premier accident. Soit que la fracture n'ait pas été reconnue, soit qu'un appareil convenable n'ait pas été appliqué, la malade est sortie de l'hôpital ne pouvant se servir de son bras pour le porter à la tête, et depuis il lui est devenu presque inutile.

En examinant attentivement ce membre en promenant la main sur le long de son bord externe, on découvre une dépression marquée au niveau de l'ancienne fracture. Cette dépression tient évidemment à l'enfoncement des fragmens du radius; on sent en outre les inégalités de ces fragmens. La main est un peu renversée en dedans, et l'extrémité inférieure du cubitus fait sous la peau une saillie marquée.

C'est en tombant sur la paume de la main que cette malade s'est fracturé le radius droit. C'est de la même manière que le second accident a été produit.

La première fois elle descendait un escalier avec deux seaux pleins d'eau; la seconde fois elle descendait encore un escalier, mais libre de toute charge. C'était le 13 mars à huit heures du soir. Elle avait déjà franchi quelques marches de son troisième étage, lorsqu'elle mit le pied sur un des nombreux hôtes de sa demeure (le principal locataire de la maison est un maître chiffonnier qui donne asile, dans ses magasins, à une grande quantité de rats). Cet animal la mordit violemment au pied; la malade trébucha, voulut en tombant préserver sa tête, et appuya la paume de sa main sur le sol. A l'instant une fracture par contre-coup eut lieu. Le radius, pressé entre l'humérus, qui lui transmit le poids du corps, et la main, fixée sur le sol, se courba fortement et se rompit vers son extrémité inférieure.

La malade, au moment de l'accident, éprouva une assez vive douleur, et il lui devint impossible d'exécuter spontanément les mouvemens de pronation et de supination.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, l'aspect seul des parties suffit pour faire présumer la nature de l'accident. Un appareil convenable, une atelle cubitale cette fois a été appliquée, et la fracture marche à la guérison.

Le plus ordinairement elle est complète après un traitement de vingt-cinq à trente jours. Il ne serait pas impossible qu'en cette occasion la cure se fît attendre plus long-temps, la constitution de la malade étant affaiblie par l'âge et de longs travaux. Nous aurons soin d'en entretenir nos lecteurs.

Entorse; erysipèle double développé à la face; avortement.

Au n° 8, repose une malade nommée Marie Hugo, âgée de 22 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique.

Cette jeune femme a été admise à l'Hôtel-Dieu le 8 avril dernier, pour une entorse qui affectait le pied gauche.

Cet accident fut combattu par quelques moyens généraux, et la malade paraissait devoir sortir bientôt guérie, lorsqu'un érysipèle se développa sur les deux côtés de la face.

La malade éprouvait de la douleur à la peau, une fièvre ardente; quelques symptômes d'adynamie se montrèrent dans ces derniers jours. On combattit les érysipèles par des vésicatoires; des vomitifs, des purgatifs furent administrés; et la malade avait encore échappé à ces nouveaux accidens, lorsqu'un avortement subit eut lieu. Elle avait caché son état de grossesse qui datait de six mois.

Malgré ces complications, la malade est aujourd'hui dans un état assez satisfaisant. Tout fait espérer qu'à l'aide des soins qui lui sont prodigués, elle pourra être rendue à la santé.

Fracture oblique du tibia; retard dans la consolidation; modification dans l'appareil; amélioration.

Au n° 13 est une malade affectée de fracture oblique du tibia gauche. Cete femme, qui est âgée de 69 ans, exerce l'état de blanchisseuse.

Elle a été admise à l'Hôtel-Dieu le 4 février dernier. L'appareil appliqué immédiatement, n'obtint pas le succès qu'on en attendait.

Depuis quelques jours, M. Dupuytren a voulu corriger le déplacement qui existait, et a remédié à la saillie en bec de flutte que présentait le fragment supérieur du tibia, en faisant précéder l'application de l'appareil de celle de compressions graduées placées sur la face interne du tibia et sur l'espace inter-osseux, et par-dessus lesquelles il a posé deux atelles de bois minces.

On ne doute pas que cette malade ne soit amenée cette fois à une heureuse guérison.

Plaie par arme à feu.

Enfin au n° 35 de la même salle, est une cuisinière âgée de 26 ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament nerveux. Cette femme a été reçue à l'Hôtel-Dieu pour un coup de feu qu'elle porte à la cuisse.

Elle se trouvait au cinquième étage d'une maison de la rue Transnonain, le lundi 14, au matin, lorsque des soldats firent irruption dans la maison, et tuèrent d'abord quatre hommes qui étaient dans la même chambre, blessèrent grièvement deux femmes et un enfant.

Notre malade voulut sauver la vie d'un de ses parens en lui faisant un rempart de son corps, et se précipitant aux genoux des soldats, elle reçut, dans cet instant, un coup de feu à la cuisse.

La balle, qui pénétra à la face interne et au tiers inférieur du membre gauche, paraît avoir été renvoyée par le fémur, car on l'a trouvée dans les vêtemens de la malade.

Un large débridement a été fait, des parties de vêtemens ont été retirées; l'artère ne paraît pas avoir été atteinte. La plaie est pansée simplement, et la malade, dont le moral est assez bon, paraît désirer beaucoup sa guérison.

Dans un prochain numéro, nous rendrons compte avec soin de l'état de quelques autres malades.

De l'huile empyreumatique du bois comme agent thérapeutique. Par M. le docteur BERMOND, de Bordeaux.

C'est au moment où un nouvel agent thérapeutique est proposé, que des essais de tous genres doivent être tentés. La créosote, au dire de praticiens distingués, possède une force médicatrice bien précieuse et tellement extraordinaire, qu'il faut l'avoir observée pour y croire. Comme tous les moyens même les plus infaillibles, celui-ci a déjà éprouvé quelques revers; mais on ne doit pour le moment que les noter, sans trop les prendre en considération, car ils pourraient devenir, en se présentant dans les premières expériences, un motif de découragement pour les praticiens. Ce n'est pas pour faire l'apologie ni déprécier ce médicament que je viens en parler, c'est pour ajouter à quelques faits. Le hasard sert souvent aux plus belles découvertes; c'est pour annoncer ce que le hasard a procuré, que je vais relater quelques renseignemens que j'ai recueillis tout récemment sur les lieux.

La ville d'Angoulême possède une poudrière remarquable par la beauté de ses bâtimens et le grand nombre d'ouvriers qui y sont employés. Après avoir été conduit par M. le directeur de l'établissement dans tous les ateliers pour examiner les différentes préparations que l'on fait subir aux ingrédiens de la poudre et à la poudre elle-même, je m'arrêtai plus spécialement dans le local où l'on réduit le bois en charbon par la distillation. L'appareil me parut tellement bien confectionné pour obtenir une grande quantité d'huile empyreumatique, que je demandai si ce produit était recueilli pour la préparation de l'acide pyro-acétique. M. le directeur me répondit que cette matière n'était point employée pour cet objet; mais que l'huile empyreumatique avait dans la contrée une grande réputation pour guérir les ulcères de mauvaise nature, faire cicatriser les plaies et même résoudre quelques tumeurs.

Ce fait, qui m'a été également certifié par plusiers ouvriers, devient pour nous d'une grande importance en thérapeutique. En effet, la créosote est retirée à grands frais de l'huile empyreumatique, elle nécessite de longues et minutieuses opérations chimiques; il faut agir sur des quantités considérables de produit pour obtenir infiniment peu de substance; enfin, n'enlève-t-on pas à la masse, par les nombreuses manipulations qu'on est obligé de lui faire subir, quelque principe succédané de la créosote?

Tous ces motifs doivent aussi nous engager à tenter l'emploi de l'huile empyreumatique, dont on a tout lieu d'espérer d'heureux effets. La question sera toutefois promptement résolue, puisque les hôpitaux fournissent bon nombre de sujets sur lesquels on pourra étudier ses propriétés anti-septiques, cicatrisantes et résolutives. Les expériences vont être incessamment commencées, et nous nous empresserons de publier les résultats obtenus.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHALET, VILLERMÉ.

AVRIL 1834.

DE LA DURÉE VITALE

Probable chez les individus qui exercent la profession de médecin;

Par le prof. CASPER, à Berlin.

(*Extrait de la Gazette Médicale hebdomadaire de Berlin*, n° du 3 janv. 1834.)

—

Parmi les recherches dont l'ensemble formera un jour la statistique médicale, il n'en est aucune de plus pénible et en même temps de plus importante pour la société en général et pour l'appréciation de l'utilité pratique de la diététique et de la médecine, que les investigations sur les probabilités de la durée vitale. Ce genre de travail ne soulève, il est vrai, que légèrement le voile épais qui nous cache le terme de la vie individuelle, et ne satisfait que peu ou pas du tout la curiosisé bien pardonnable à chacun de savoir combien de temps il a encore à vivre; toutefois, appliqué aux masses, il procure une certitude qui peut conduire à des institutions, à des dispositions légales relatives à la durée vitale en général, ou du moins à la durée vitale à certaines époques de la vie.

Je m'occupe depuis plus de dix ans, dans mes momens de loisir, de cet objet dont l'étendue et les difficultés ne peuvent être compensées que par l'intérêt qu'offre chaque résultat obtenu. Parmi les nombreuses circonstances qui modifient la durée de la vie humaine, celles qui dépendent des professions ne me parurent pas les moins importantes. Malgré les travaux en partie remarquables entrepris dans cette intention depuis près de deux cents ans par des mathématiciens et des statisticiens c'est encore un champ à défricher, puisque personne n'a établi jusqu'à présent une comparaison entre les diverses professions considérées sous ce point de vue; et, si nous exceptons le travail de Déparcieux sur la durée moyenne de la vie des moines et des religieuses, tout est à commencer.

Quoique les recherches auxquelles je me suis livré ne m'offrent pas jusqu'alors une étendue assez satisfaisante pour que je doive faire connaître l'ensemble de mon travail, je crois cependant pouvoir me permettre d'en produire un fragment qui concerne la probabilité de la durée vitale des médecins; je l'exposerai assez brièvement pour ne pas craindre de fatiguer mes lecteurs.

Les institutions qui appartiennent aux progrès de la civilisation, telles que les banques d'assurance de la vie humaine, les caisses de veuves, de secours mutuels, etc., se sont de plus en plus multipliées dans ces derniers temps, et l'établissement entre autres fondé en Prusse par l'illustre Hufeland, pour le personnel médical, peut servir de modèle en ce genre. Mais toutes ces institutions, ainsi qu'en conviennent les experts en pareille matière, et que le prouvent plusieurs exemples fâcheux, ne peuvent se soutenir à la longue qu'autant qu'elles ont été fondées sur des tables de mortalité très-exactes. C'est sous ce rapport déjà que celle qui va suivre, et comme étant la première dans son espèce, pourra avoir quelque valeur, abstraction faite de son utilité, comme point de comparaison avec d'autres recherches, sur d'autres professions, recherches que j'espère faire connaître un jour.

Pour obtenir autant que possible des parallèles certains, j'ai pris les 624 cas de décès que contient la table ci-jointe, parmi des médecins et chirurgiens praticiens presque tous allemands, avec exclusion des anatomistes, des médecins vétérinaires, des naturalistes et des médecins s'occupant seu-

lement de littérature (1). Une marche semblable a été suivie pour les autres professions. J'ai pris pour point de départ de toutes mes tables, par conséquent de celles concernant les médecins, l'âge de 23 ans; car cette époque de la vie forme à-peu-près la moyenne du début des professions. Ainsi que les tables générales de mortalité commencent par 0, c'est-à-dire par le jour de naissance, ainsi mes tables débutent, si l'on peut dire ainsi, par la naissance de la profession, bien qu'il soit loisible à chacun de ne fixer ce début, pour la profession médicale, qu'à la 24e ou 25e année. Cette modification resterait, en effet, sans influence sur notre travail.

Quant à l'exactitude des naissances et des décès, je crois pouvoir l'affirmer en disant que j'ai puisé mes données dans *Ersch* (2), dont tout le monde connaît la manière scrupuleuse de procéder, et dans *Voigt* (3), dont le précieux recueil se compose en grande partie de communications manuscrites faites par les parens et amis des décédés.

Dans la colonne A de la table qui va suivre se trouve l'âge auquel les médecins sont décédés. La colonne B contient le nombre des décès, dont la somme s'élève à 624. Qu'on suppose maintenant que ces 624 individus décédés ont vécu en même temps, et que tous ont eu à la même époque 23 ans, on placera dans la colonne C en regard de la 23e année le chiffre 624; et si sur ces 624 il en meurt deux à l'âge de 23 ans (col. B), il n'y en a plus que 622 de vivans à l'âge de 24 ans, ainsi que l'indique la colonne C pour cet âge. Tel est le procédé d'après lequel a été établie la colonne C, d'après laquelle les 624 médecins auraient cessé d'exister à la 92e année. La colonne D enfin expose à chaque âge le nombre d'années qu'on peut espérer de vivre, ou la probabilité de la durée vitale selon la méthode d'Halley (4). J'ai préféré cette méthode, pour le petit tableau que je présente, à celle de Deparcieux qui donne la durée moyenne, parce qu'elle est moins compliquée, et que, sans toutefois s'occuper des premières années de la vie, elle conduit aux mêmes résultats. On trouve par la méthode de Halley la probabilité de la durée vitale à chaque âge, si on consulte la colonne C, afin de savoir à quel âge la moitié des vivans ayant le même âge est décédée. Or, c'est ce dernier chiffre qui exprime la durée probable de la vie, attendu que la probabilité d'atteindre à cet âge est égale à la probabilité de ne pas l'atteindre. Ainsi, d'après notre tableau, si sur 122 médecins parvenus à l'âge de 72 ans, la moitié est morte à l'époque où l'autre moitié est arrivée à 77 ans, la probabilité de parvenir à l'âge de 77 ans chez les 122 et celle de ne pas y parvenir ont dû être égales, et c'est ainsi que le chiffre 77 donne par le nombre 5 (différence entre 72 à 77), celui des années que les médecins âgés de 72 ans, peuvent encore espérer de vivre (1). Quoique de ce qui vient d'être dit, il ne résulte rien de positif pour la durée probable de la vie individuelle, il en ressort néanmoins, ainsi que l'expérience l'a prouvé, des conséquences générales extrêmement certaines.

TABLE
DE LA MORTALITÉ DES MÉDECINS.

A. Age.	B. Décès	C. Vivans	D. Années à espérer.	A. Age.	B. Décès	C. Vivans	D. Années à espérer
ans.				ans.			
23	2	624	35,5	58	10	317	11,0
24	1	622	34,4	59	17	307	10.6
25	4	621	35,4	60	12	290	10,3
26	3	617	33,0	61	15	278	9,7
27	7	614	32,0	62	14	263	9,0
28	5	607	31,4	63	19	249	8,8
29	5	602	30,1	64	20	230	8,5
30	5	597	29,8	65	11	210	8,0
31	11	592	28,6	66	18	199	7,5
32	8	581	28,0	67	6	181	7,2
33	11	573	27,6	68	16	175	6,5
34	11	562	26,8	69	9	159	6,0
35	8	551	26,0	70	17	150	5,5
36	7	543	25,5	71	11	133	5,4
37	8	536	24,7	72	15	122	5,0
38	14	528	24,0	73	14	107	5,0
39	8	514	23,5	74	13	93	4,7
40	9	506	22,7	75	10	80	4,6
41	11	497	22,0	76	9	70	4,4
42	6	486	21,3	77	8	61	3,9
43	8	480	20,3	78	10	53	3,3
44	8	472	19,7	79	4	43	3,0
45	11	464	19,0	80	11	39	3,0
46	4	453	18,2	81	6	28	4,0
47	14	449	17,3	82	3	22	4,0
48	11	435	16,7	83	3	19	4,0
49	12	424	16,0	84	2	16	4,0
50	13	412	15,4	85	3	14	4,0
51	8	399	15,0	86	2	11	3,5
52	11	391	14,2	87	—	9	2,6
53	10	380	13,5	88	2	9	2,0
54	18	370	12,8	89	4	7	1,5
55	14	352	12,6	90	1	3	0,5
56	13	338	12,4	91	2	2	0,0
57	8	325	11,9	92	—	0	—

Cette table de mortalité nous donne la triste certitude de

(1) J'ai depuis calculé la durée vitale de 76 autres médecins, ce qui fait en tout 700; mais comme mes derniers résultats obtenus s'accordent parfaitement avec ceux de ma première table, j'ai cru pouvoir me dispenser d'en donner une seconde.

(2) Handbuch, etc., c'est-à-dire *Manuel de littérature*, nouv. édit., vol. 3, sect. 1, par Puchelt. Leipsick 1822.

(3) *Nouveau Nécrologe des Allemands*, 6 — 9e année. Il répond de 1830 à 1833.

(4) *Edmond Halley*, an estimate on the degrees of the mortality of mankind drawn from curious tables of the births and funerals at the city of Breslau, dans les *Philosoph. transact.* de 1691. Comparez aussi le mémoire du même auteur, *Some farther Considérations, transact. philosophiques* de 1693.

(1) En d'autres termes : lorsque des hommes vivent à l'âge a h, et qu'à l'âge n il en reste 1/2, n exprime la probabilité de la durée vitale, et $n - a$ exprime le nombre d'années de vie que peut espérer h.

la courte durée vitale de ceux qui exercent la profession de médecin. Si la durée ordinaire de la vie humaine est de 70 ans, nous voyons à peine le quart des médecins atteindre cet âge, et tout au plus 1 sur 15 arriver à 80 ans. Il y a mieux : on peut, dans le jeune âge, prendre la résolution de se vouer avec activité jusqu'à la fin de la cinquantaine aux pénibles travaux de la science et de la pratique, afin de goûter dans la vieillesse, le repos dû à une vie laborieuse; mais la moitié des médecins périssent avant d'arriver à ce but; et c'est ici le cas de placer cette boutade de *Jean Paul* : « On a souvent comparé la vie humaine avec celle des voyageurs ou des pélerins; mais je trouve qu'elle ressemble davantage à celle d'aubergistes qui s'agitent continuellement près des étrangers qu'ils reçoivent ou qu'ils reconduisent, et qui, à chaque intervalle d'une inaction infructueuse, desirent un nouveau tumulte, aspirent au travail lorsqu'ils se reposent, et au repos lorsqu'ils travaillent; tout en se proposant d'arriver un jour à cet état de calme et de bien-être où il leur sera permis de ne plus quitter le fauteuil, mais qui, la plupart, au lieu de s'y asseoir, se couchent pour toujours. »

Ce triste tableau s'applique plus particulièrement aux médecins qu'aux autres professions, ainsi que me l'ont prouvé les recherches auxquelles je me suis livré, et dont je me propose de faire connaître un jour les détails. Il suffira, pour la solution du problème qui nous occupe, d'indiquer quelques points de comparaison.

Parmi toutes les professions, les théologiens ont présenté le plus de chances en faveur d'une grande durée vitale. Si l'extinction par décès est plus lente parmi eux, s'il y a plus de longévité parmi eux que dans les autres professions, tout le contraire a lieu chez les médecins.

Le relevé sommaire qui va suivre suffira pour faire apprécier ces extrêmes.

Sur mille, il mourut			
depuis l'âge de 23 à 32 ans,	82 méd.	43 théol.	
33 — 42 —	149 —	58	
43 — 52 —	160 —	64	
53 — 62 —	210 —	180	
63 — 72 —	228 —	328	
73 — 82 —	141 —	255	
83 — 92 —	30 —	70	
	1000 méd.	1000 théol.	

Il résulte de là, qu'à l'âge de 62 ans, sur 1000 médecins, il en est déjà mort 601; tandis qu'au même âge, il n'y a eu que 345 décès parmi un nombre égal de théologiens, et que, passé ce même âge, la mortalité, parmi les médecins et les théologiens, est comme 399 : 655, c'est-à-dire que sur 1000 médecins, il n'y en a eu que 399; et sur 1000 théologiens au contraire, il y en a eu 655 qui ont dépassé l'âge de 62 ans; de même que l'âge de 73 ans n'a été atteint que par 171 médecins, tandis que 327 théologiens y sont parvenus, etc. Il résulte enfin de tables que je ferai connaître plus tard, combien la durée vitale des médecins est au-dessous de celle de plusieurs autres professions.

On pourra, en attendant, s'en convaincre par les faits sommaires qui suivent :

Sur 100 théologiens, ont atteint l'âge de 70 ans et au-delà.	42
Agriculteurs et employés forestiers.	40
Employés supérieurs.	35
Commerçans et industriels.	35
Militaires.	32
Employés subalternes.	32
Avocats.	29
Artistes.	28
Instituteurs, professeurs.	27
Médecins.	24

Quelles sont maintenant les causes auxquelles il faut attribuer la place si basse où se trouve notre profession sur l'échelle de la durée vitale? Il serait inutile de les énumérer aux médecins familiarisés avec l'étendue des travaux auxquels la pratique médicale oblige. Il n'est peut-être pas de profession qui, plus que la nôtre, exige à-la-fois de la contention morale et physique, qui permette moins le repos, et surtout cette régularité si bienfaisante de vie intérieure et extérieure. Il n'en est aucune qui, autant que la nôtre, expose à des fatigues corporelles, à des influences fâcheuses de l'atmosphère, à des perturbations du repos de la nuit, à des veilles, à des irrégularités des repas, à des désordres de la digestion, à des affections morales de toute espèce; en un mot, à un ensemble d'influences funestes continuellement alternantes, et bien propres à saper peu-à-peu la santé. Si l'on ajoute à cela qu'un nombre de médecins, plus considérable qu'on ne le pense ordinairement, périt victime de la contagion, on reviendra aisément de cette assertion satirique, trop généralement répétée, que le *sybaritisme* abrège la vie des médecins. Dans le tableau qui a été exposé, figurent beaucoup plus de médecins de campagne, que de médecins de villes, et surtout de grandes villes. Or, accuser nos médecins de campagne de luxe et de bonne chère, serait une satire par trop amère, et que ne mérite pas une profession qui, ainsi que nous avons tâché de le prouver, a les droits les mieux fondés à la reconnaissance publique, puisque les hommes qui l'exercent, sacrifient, comme il a été démontré par des chiffres, ou du moins abrègent leur existence, afin de protéger celle de leurs concitoyens.

NOTE

Sur les ravages du Choléra-Morbus dans les maisons garnies de Paris, depuis le 29 mars jusqu'au 1er août 1832, (1) et sur les causes qui paraissent avoir favorisé le développement de la maladie dans un grand nombre de maisons.

Par L.-H. VILLERMÉ.

Il n'était pas sans importance, à cause des conditions

(1) Les élémens de ce travail ont été recueillis par l'administration de la police. Je les ai pris dans les documens suivans :

1° Douze cahiers de notes, un pour chaque arrondisse-

particulières dans lesquelles vivent les diverses sortes d'individus qui sont logés dans les maisons garnies de cette capitale, de savoir si le choléra a fait ou non beaucoup de victimes parmi eux. Merveilleusement secondée par le zèle et l'intelligence de M. Allard, ancien commissaire de police, alors chargé de la surveillance des maisons garnies, l'administration a pu recueillir sur ce point si curieux des renseignemens positifs et complets, pour la période de temps qu'ils embrassent, du 29 mars au premier août 1832.

Voici le résultat des mesures qui ont été prises pour avoir ces renseignemens et pour arriver à la connaissance de tous les faits :

La population des établissemens garnis se compose 1° de personnes étrangères à la ville de Paris, que leurs affaires ou bien leur plaisir y amènent ; 2° d'étudians entretenus par leurs familles ; 3° d'ouvriers, pour la plupart très-pauvres ; 4° et d'un ramas de gens sans aveu, de vagabonds, de femmes publiques, de voleurs, vivant dans une continuelle débauche, et n'ayant d'ordinaire d'autres moyens d'existence que le produit incertain de leurs infamies.

Ces diverses classes de personnes se partagent les diverses espèces de maisons garnies. Les étrangers, les voyageurs proprement dits, les commerçans se logent dans les *hôtels* et *auberges*, les étudians dans les *maisons meublées*, les ouvriers dans des *chambrées communes*, et les voleurs, les vagabonds, les prostituées du plus bas étage, etc., vont chez les *logeurs à la nuit*.

Ces derniers passent continuellement d'une maison ou d'un quartier à un autre, soit pour échapper à la surveillance de la police, soit par un autre motif. Communément, ils ne passent pas plus d'une nuit dans le même endroit, et cette nuit, lorsqu'ils ne la passent point dans les repaires de la prostitution, leur coûte depuis 5 sous jusqu'à 15.

Les ouvriers, réunis en chambrées, au nombre de..... paient 5 à 6 francs par mois pour un lit, que deux hommes partagent d'ordinaire ; la durée moyenne du séjour qu'ils y font est d'environ huit mois, et beaucoup d'entre eux ont des habitudes de tempérance et d'économie.

La position des personnes aisées qui habitent les bonnes maisons garnies est bien différente. Sans s'étendre sur ce sujet, sur lequel le lecteur ne peut rien apprendre, on dira que les étudians louent leur chambre au mois, au prix ordinaire de 15 à 40 francs et demeurent, durée moyenne, près d'une année dans les mêmes maisons ; que le temps que l'on reste dans les hôtels, où la chambre se paie depuis 30 sous jusqu'à 6 francs par jour, ne dépasse pas communément deux semaines, et que dans les auberges, où vont surtout les marchands en gros qui approvisionnent les halles, on reste au plus une semaine, lorsqu'on n'en part point le jour même de l'arrivée.

Quelques employés des administrations, quelques rentiers, et un certain nombre d'ouvriers, quoique demeurant habituellement à Paris, logent néanmoins dans les établissemens garnis, dont ils font environ 1/70 des habitans. Enfin, à quelque classe de la société qu'appartiennent les personnes logées dans ces établissemens, elles comptent peu de femmes ; peu de vieillards et encore moins d'enfans. Les femmes forment environ 1/5 de la population des grands hôtels, 1/10 des petits hôtels et des auberges, 1/30 des maisons meublées, 1/90 des garnis en chambrées ; mais jusqu'à 1/3 ou même davantage dans les maisons à la nuit.

Sur 3106 établissemens garnis, existant dans cette capitale pendant le mois de septembre 1832, des cas de choléra-morbus ont été constatés dans 965. (1)

La population de ces 3106 établissemens, à laquelle il faut ajouter celle de 65 autres, qui ont été fermés depuis le premier avril jusqu'au 30 septembre, a été de 32,434 personnes, terme moyen calculé d'après quatre recensemens mensuels, faits en avril, mai, juin et juillet, et combinés avec celui du mois de janvier 1832. Les logeurs et leurs familles ne sont point compris dans ce nombre.

La moitié ou environ de la population mobile, logée dans les maisons dont il s'agit, est composée d'ouvriers appartenant pour la plupart aux diverses sortes de travaux de construction (maçons, charpentiers, etc.) et parmi tous ces ouvriers il y en a communément, dans les temps ordinaires, près de 3000 sans occupation ou qui ne veulent point travailler. Enfin, les résultats des recherches portent à environ 3,500 le nombre des individus étrangers à la France.

On est d'abord étonné de ne trouver que 10 personnes par garni, terme commun ; mais il y a des logeurs dont l'établissement n'occupe que deux à trois pièces ou même une seule chambre. Ceci explique comment on en a compté jusqu'à 3,106 dans 29,000 maisons ou environ.

A la nouvelle de l'invasion du choléra-morbus dans Paris, à la vue des cercueils qui parcouraient cette ville, l'épouvante s'est emparée des esprits, et une multitude de gens ont fui dès les premiers jours du mois de mars et pendant tout le mois d'avril. Cette émigration a surtout eu lieu aux dépens des maisons garnies, où les entrées journalières furent réduites à 500, tandis que les sorties s'élevaient de 900 à 1000. Mais l'équilibre s'est rétabli au bout d'environ sept semaines, et avant les premiers jours de juin, les sorties étaient déjà moins nombreuses que les entrées.

Sur le 32,434 individus logés en garnis, terme moyen, 2,342, ou 1 sur près de 14, ont été malades du choléra du moins depuis le 29 mars jusqu'au premier août.

Sur les 2,342 malades de l'épidémie, 1,033 sont morts, soit chez les logeurs, soit dans les hôpitaux où l'administra-

---

ment municipal, sur la tenue et l'état de toutes les maisons garnies, sur la condition, l'aisance, la misère et les mœurs des individus logés dans ces maisons, et sur chacun de ceux qui ont été attaqués du choléra ;

2° Un rapport fait à M. le préfet de police, par le chef de bureau des maisons garnies ;

3° Et des réponses faites par le même chef de bureau à diverses questions que je lui avais adressées, au nom de la commission centrale de salubrité, lors de l'invasion du choléra dans cette capitale.

Le rapport dont je viens de parler sera publié bientôt, à la suite du Compte rendu officiel des ravages du choléra dans la ville de Paris et le département de la Seine.

(1) Il y en avait 3,261 au 1er avril. 66 ont été fermés dans l'intervalle.

tion les faisait suivre, soit ailleurs. C'est, relativement à la population qui les a fournis, 1 décédé sur 31.40, et, relativement aux malades, 1 sur 2.27.

On fera observer ici, d'ailleurs, qu'au 1er août la mortalité générale, produite par le choléra dans la ville de Paris, était d'un individu sur 46, si l'on n'a point égard à la diminution de population produite par l'émigration au commencement de l'épidémie (1).

Par conséquent, tous les établissemens garnis pris dans leur ensemble ont plus souffert du choléra que la ville prise en masse; mais je ne saurais dire dans quelle proportion, à cause de l'émigration dont on vient de parler. Cela doit être noté avec d'autant plus de soin que la maladie a surtout choisi ses victimes parmi les vieillards, et que, comme on l'a déjà vu, il y a peu de vieillards dans les maisons garnies de cette capitale.

Les proportions générales que l'on vient de reconnaître ne pourraient pas faire apprécier, même approximativement, l'influence du choléra sur les différentes classes de personnes logées dans les maisons dont il s'agit. Mais en réunissant tous les faits des mêmes quartiers, et en les rapprochant par arrondissemens municipaux, on arrive à des résultats importans. On va les résumer

1er *Arrondissement municipal.*

Les garnis du quartier des Tuileries sont de beaux, de bons hôtels, tenus très-proprement, et habités par des gens riches ou au moins dans l'aisance (2); il n'y a même pas d'indigens, à bien dire, dans ceux de la 5e classe. Mais dans les quartiers des Champs-Elysées et de la place Vendôme, on en voit de mauvais, occupés par des gens placés dans de moins bonnes conditions de fortune, ou même par des pauvres ouvriers (3). Quant au quartier du Roule, une partie, appelée la Petite-Pologne, a un assez grand nombre de sales garnis, où se retirent des maçons, des chiffonniers, des ouvriers et ouvrières à la journée, etc., dont la vie se passe dans les privations ou bien dans l'ivrognerie ou les autres débauches.

Enfin, si l'on range les quatre quartiers du premier arrondissement d'après la proportion croissante de leurs garnis malpropres, humides, insalubres, ou mieux d'après la proportion croissante des misérables qui les habitent, ces quartiers se placent ainsi :

Tuileries, bien avant les autres; place Vendôme et Champs-Elysées, à-peu-près sur la même ligne; et Roule, bien après ces derniers.

Voici maintenant les effets de choléra-morbus dans l'ensemble des garnis de chacun d'eux.

	1 malade sur,	1 mort sur,
Tuileries	110	183
Champs-Elysées	29	115
Place Vendôme	30	105
Roule	16	36.

Ainsi, les ravages du choléra dans les maisons garnies du premier arrondissement, paraissent avoir été, du moins jusqu'au 1er août, époque où cessent les observations, en raison directe de la mauvaise tenue de ces maisons, c'est-à-dire de la misère et du nombre des pauvres qui s'y logent (1). On va voir si la même chose a eu lieu dans les autres arrondissemens.

IIe *Arrondissement.*

Trois quartiers, Palais-Royal, Chaussée d'Antin et Feydeau, qui ont des garnis à-peu-près semblables pour les bonnes conditions qu'ils présentent et pour l'aisance de ceux qui s'y logent, offrent presque les mêmes résultats. Mais dans le faubourg Montmartre, où les garnis sont moins propres et reçoivent un grand nombre d'ouvriers dans des chambrées communes, la perte a été environ deux fois aussi considérable, toute proportion gardée.

IIIe *Arrondissement.*

Les garnis des quartiers Montmartre et du Mail, qui sont de bons hôtels ou de bonnes maisons meublées, ont eu le moins de malades et le moins de morts. Ceux du faubourg Poissonnière, quoique situés en général dans des rues larges, propres et aérées, ont cependant, proportion gardée, beaucoup plus souffert; mais pour la moitié ils ne logent que des ouvriers. Enfin, les garnis du quatier Saint-Eustache, dont la population se compose surtout de gens des halles, qui fréquentent les cabarets, travaillent de nuit, et n'ont, à bien dire, ni repos, ni conduite, ont eu la plus forte proportion des malades et des morts, 1 sur 19 et 41, tandis que dans le quartier Montmartre, qui est le plus voisin, on n'a pas compté plus d'un malade sur 118 et d'un décès sur 157.

---

(1) 17,076 décès cholériques, sur 785,862 personnes trouvées par le recensement de 1831.

(2) Il s'agit ici du quartier administratif, non de tout le voisinage des Tuileries. Une observation semblable s'applique à plusieurs quartiers qui tirent leur nom d'un monument ou d'une localité située à leur extrémité. Ainsi, la moitié de la place Vendôme, qui donne son nom à un quatier du premier arrondissement, fait partie du quartier du Palais-Royal, qui appartient au second arrondissement; tandis que le quartier de la place Vendôme s'étend, vers le nord, jusqu'au mur d'enceinte de la ville. Il y a même un quartier, celui de Saint-Thomas-d'Aquin, qui ne comprend point, dans sa circonscription, l'église dont il porte le nom.

(3) Surtout à Chaillot, pour le quartier des Champs-Elysées, et dans la rue Saint-Nicolas-d'Antin pour celui de la place Vendôme. Dans deux garnis de cette dernière rue, les nos 13 et 15, on a constaté 12 cas de l'épidémie. Ajoutons, pour le quartier des Tuileries, qu'on n'a point observé un seul cas de choléra dans les beaux hôtels des rues de Rivoli et Saint-Honoré, du moins jusqu'au 1er août.

(1) Si les établissemens garnis du quartier des Champs-Elysées font *réellement* ici une exception, cette exception, qui est d'ailleurs très-peu sensible, a d'autant moins de valeur que la population des établissemens dont il s'agit est bien moins nombreuse que celle des garnis des autres quartiers.

IVe *Arrondissement.*

C'est dans le riche quartier de la Banque que sont les meilleures maisons garnies de cet arrondissement, et c'est là que le choléra a fait proportionnellement le moins de victimes. Viennent ensuite, sous le rapport de la bonne tenue et de l'aisance de ceux qui les habitent, les garnis du quartier Saint-Honoré, qui ont très-peu souffert, bien qu'un certain nombre soient des lieux de prostitution; puis les mauvais garnis du quartier des Marchés, où les conditions sont les mêmes que dans le quartier Saint-Eustache et les résultats semblables ou presque semblables. Enfin, c'est dans le quartier du Louvre que se trouvent le plus de garnis sales, humides, privés d'air et de jour, et partant mal habités (1). Aussi est-ce là que l'épidémie a fait le plus de ravages. On y a constaté une mortalité douze fois aussi forte que dans les établissemens garnis du quartier de la banque.

Ve *Arrondissement.*

Les garnis du quartier Bonne-Nouvelle sont les meilleurs; puis viennent ceux du quartier Montorgueil, dont la tenue générale est un peu moins bonne, mais où se logent avec un plus grand nombre d'ouvriers, à-peu-près les mêmes classes d'individus, surtout des voyageurs du commerce. Les premiers ont perdu 1/66 de leurs habitans, et les seconds 1/61; tandis que dans ceux moins bons de la porte Saint-Martin et du faubourg Saint-Denis, qui donnent asile à beaucoup plus de pauvres, quelques-uns même à des gens sans moyens certains d'existence, principalement dans le dernier quartier, on a compté 1 décès cholérique sur 37 et sur 31.

VIe *Arrondissement.*

C'est dans le quartier de la porte Saint-Denis que les maisons garnies sont les plus propres et le mieux habitées. Elles sont sous tous les rapports à très-peu près comme dans les quartiers Bonne-Nouvelle et Montorgueil; aussi la proportion des morts a-t-elle été à-peu-près la même.

Viennent ensuite, dans l'ordre de l'accroissement de la mortalité, les garnis des quartiers du Temple et de Saint-Martin des Champs. Ces établissemens se ressemblent beaucoup pour la tenue et reçoivent un grand nombre de pauvres, d'ivrognes, de vagabonds, de repris de justice : seulement il y a, en général, un peu plus de misère dans ceux du quartier Saint-Martin des Champs, et d'immoralité dans ceux du quartier du Temple. Ces derniers occupent d'ailleurs des rues plus propres, moins humides, plus larges et mieux aérées. Aussi, la différence dans les effets de l'épidémie n'a-t-elle pas été aussi grande que la différence dans les conditions de localités, regardées comme favorables à la santé, le ferait présumer.

Les garnis du quartier des Lombards sont en grande partie dans le plus mauvais état. Situés dans des rues extrêmement étroites, extrêmement sales, et habités, pour beaucoup, par des malheureux plus pauvres, plus dénués encore que ne le sont ceux qui logent dans les garnis des deux quartiers précédens; ils ont eu, proportion gardée, presque deux fois autant de malades et deux fois autant des morts. Dans un de ces établissemens, remarquable par la saleté et la profonde misère des habitans, pourtant peu nombreux, puisque les notes disent qu'il occupait quelques chambres seulement, on a constaté 12 cas de choléra, dont 6 ont été funestes. (1)

(1) Les plus hideux sont ceux de la rue saint-Germain-l'Auxerrois et des Prêtres.

VIIe *Arrondissement.*

Les garnis du quartier du Mont-de-Piété, établis dans des rues plus larges, plus propres que ceux des autres quartiers, et d'ailleurs bien mieux tenus et bien mieux habités, ont eu à regretter 1/52 de leur population. Mais, ceux en général malpropres, mal aérés, malsains des trois autres quartiers, où ne logent guère que des ouvriers employés aux constructions, et des cordonniers, des peintres en bâtimens, des chapeliers, des broyeurs de couleurs, des perruquiers, des couturières, avec des gens sans aveu, des vagabonds, des filous, des prostituées et leurs suppôts, en ont perdu 1/31, 1/27 et même 1/15.

On remarquera que la mortalité a été exactement en raison des mauvaises conditions que présentent les garnis, excepté *peut-être* dans le quartier du marché Saint-Jean où ils ont le plus souffert.

VIIIe *Arrondissement.*

Les meilleurs garnis de cet arrondissement sont dans le Marais. Dans les autres quartiers ils ne sont occupés, à bien dire, que par des ouvriers; mais celui des Quinze-Vingts l'est par des ouvriers d'une classe particulière, des ébénistes, qui sont en général plus laborieux, moins pauvres et de meilleure conduite que les autres. Sur les 69 cholériques des garnis du faubourg Saint-Antoine, il y en a eu jusqu'à 57 dans la seule rue Sainte-Marguerite, où se trouvent les garnis les plus sales de l'arrondissement, qui sont habités par la fange de la population de Paris.

On a compté 1 décès sur :
29 habitans dans le quartier du Marais,
44 1/2 dans celui des Quinze-Vingts,
37 dans celui de Popincourt, et sur
23 dans le faubourg Saint-Antoine.

Par conséquent, la mortalité dans les garnis du quartier du Marais, a été extrêmement forte malgré l'aisance d'une grande partie de leurs habitans. C'est le seul exemple semblable.

IXe *Arrondissemet.*

Il faut commencer par faire abstraction de l'île Saint-Louis, dont la population des garnis, qui n'a pas eu un seul

(1) Rue de la Savonnerie, n. 14.

décès, est si petite (de 51, pas davantage), que l'on n'en saurait rien déduire. Faisons observer, d'ailleurs, que les garnis de l'Ile Saint-Louis ne donnent pas asile à des misérables comme ceux des trois autres quartiers.

Dans celui de l'Arsenal, une partie des établissemens dont il s'agit est occupée par des officiers de la garnison, et la mortalité, quoique forte, y a été bien moindre que dans les garnis de l'Hôtel-de-Ville et de la Cité, où la perte, occasionnée par le choléra, est véritablement effrayante. Mais ces derniers sont presque tous des cloaques.

Afin que l'on ne puisse nous accuser d'exagérer leur mauvais état, on va copier quelques-unes des notes de l'administration de la police sur chacun d'eux.

Et d'abord pour l'un de ceux de la rue de la Mortellerie (quartier de l'Hôtel-de-Ville), qui laissent le moins à desirer :

« Garni tenu assez bien ; mais la maison et profonde et » humide, l'escalier sombre et étroit, l'allée mal pavée, et » les murs (de l'intérieur des chambres ou cabinets) noirs » et salpêtrés. »

Voici maintenant pour l'un des plus mauvais de la même rue :

« Allée profonde et sombre, malpropreté intérieure af- » freuse, défaut d'air par l'impossibilité d'ouvrir les fenê- » tres, cloisons et murs en ruine, on laisse séjourner l'u- » rine dans les chambrées. » (1)

Je pourrais en citer d'autres du même quartier, dans les cours desquels séjournaient toutes sortes d'immondices et jusqu'aux eaux qui découlent des plombs et fosses d'aisance (2) ; où les latrines, toujours découvertes, touchaient les chambres et cabinets, et y répandaient ainsi la puanteur et l'humidité (3) ; où les plombs ne laissaient rien passer et dégorgeaient directement les ordures et les eaux ménagères dans des escaliers en ruine (4), etc.

Eh bien ! tant hideux que soient de parails garnis, ceux de la Cité le sont encore davantage. Il y en avait dont les cabinets ou chambres ne prenaient de jour, si l'on peut ainsi parler, que sur une cour de trois pieds de diamètre, dans laquelle descendaient des plombs, obstrués par toutes sortes d'immondices et même de matières fécales (5) ; d'autres où l'infiltration des eaux ménagères et des latrines avait lieu jusque dans les *chambrées* (6) ; un autre où l'on voyait les ordures des lieux d'aisances refluer sur l'escalier, et où, en guise de vitres aux fenêtres des *chambrées* il y avait du papier huilé (7). Enfin, plusieurs fois les inspecteurs de police, que leurs devoirs appelaient dans ces cloaques, ont été comme suffoqués en entrant dans les chambres, et forcés d'en sortir momentanément pour prendre l'air.

Après ces détails, il est bien inutile de parler de la misère profonde de ceux qui habitent de semblables maisons ; on ne s'y loge point lorsqu'on peut aller ailleurs. Mais il existe cette grande différence entre les malheureux logés dans les garnis des quartiers de l'Hôtel-de-Ville et de la Cité, que les premiers sont en général des ouvriers laborieux, très-souvent économes, et les seconds tout ce qu'il a de plus dépravé dans Paris, et véritablement la lie de la société. Aussi, les plus grands ravages du choléra parmi la population mobile des garnis du neuvième arrondissement, s'observent-ils dans les deux quartiers de l'Hôtel-de-Ville et de la Cité ; mais surtout dans le dernier, où l'on a compté jusqu'à 1 malade de l'épidémie sur 4 1/2 individus et 1 mort sur 8 1/2.

(1) Le premier garni est au n. 64, et le second au n. 38.
(2) Rue Saint-Eloi, n. 23.
(3) Rue des Barrés, n. 30 ; rue de la Mortellerie, n. 41, 80 et 132.
(4) Rue de la Mortellerie, n. 20, 41, 95, 114.
(5) Rue des Barrés, n. 9.
(6) Rue de la Licorne, n. 10.
(7) Rue des Marmouzets, n. 23.

Xe *Arrondissement.*

Les garnis du quartier de la Monnaie, qui ont le moins souffert, sont tous ou presque tous bien tenus et regardés comme salubres. Des élèves en médecine habitent plusieurs d'entre eux, et, dans presque aucun, il n'y a d'indigens.

Vient ensuite le quartier des Invalides. On pourrait s'étonner, en considérant la forte proportion de ses garnis pauvres et en se rappelant les ravages si grands de l'épidémie dans ce quartier, de ne point voir ici le *maximum* des décès ; mais beaucoup d'officiers de la garnison occupent les garnis dont il s'agit.

Les deux autres quartiers ont eu, proportion gardée, le plus de malades et le plus de morts. On pourrait également en être surpris ; néanmoins, l'étonnement cesse quand on sait que pour le faubourg Saint-Germain, près de la moitié des décès, 8 sur 18, ont eu lieu dans une seule maison, citée comme l'un des plus dégoûtans repaires de prostitution, et où logent aussi, dans des cabinets humides et infects, des chiffonniers et des voleurs (1). Quant aux garnis du quartier Saint-Thomas d'Aquin, relégués presque tous dans les rues du Petit-Bac, de sainte-Placide, des Vieilles-Tuileries, de Sèvres, des Brodeurs et Traverse, ils ne reçoivent que des gens de la basse classe, et même des chiffonniers et des filles publiques.

Ainsi s'expliquent des résultats qui paraissent d'abord en opposition avec les précédens, mais qui ne le sont point.

XIe *Arrondissement.*

Les garnis du quartier de l'École de Médecine, où logent principalement les élèves de cette école ou bien de l'École de Droit, sont les moins mal tenus et les mieux habités de de l'arrondissement, et aussi ceux qu'a le plus épargnés l'épidémie. Ceux du quartier de la Sorbonne se placent, sous tous les rapports, immédiatement après. Puis, viennent les garnis du quartier du Luxembourg, dont beaucoup, situés dans les rues étroites et humides de la portion basse de ce quartier, se composent de chambres malpropres ; aussi, est-ce dans ces derniers que la perte a été la plus forte. Quant aux garnis du quartier du Palais-de-Justice,

(1) Rue du Bac, n. 55.

où s'observe pour l'arrondissement le *maximum* proportionnel de la mortalité, leur population ne s'élevant pas à plus de 38, on ne peut en tenir compte.

XIIe *Arrondissement.*

Les garnis du quartier Saint-Marcel, situés presque tous dans des rues bien aérées et logeant des ouvriers corroyeurs, tanneurs, maroquiniers, etc., dont les salaires sont bons et le travail toujours assuré, ont peu souffert du choléra, et même moins que beaucoup de garnis mieux tenus et mieux habités. Il faut d'ailleurs ajouter que leur population est une des plus faibles.

Vient après, dans l'ordre de la proportion des misérables comme dans l'ordre de l'accroissement de la perte, le quartier de l'Observatoire; puis celui Saint-Jacques, dont les garnis sont fréquentés par des étudians dans la partie attenante au onzième arrondissement, et dans le reste par des chiffonniers et un ramas d'indigens adonnés à tous les vices.

Quant aux garnis du quartier du Jardin-du-Roi, ce sont des cloaques, habités par ce qu'il y a de plus pauvre, de plus sale, de plus abject dans cette capitale, surtout entre les rues Traversine et Saint-Victor. Tout y a la plus grande ressemblance avec les garnis de la Cité. Aussi, la proportion des malades et celle des morts y ont-elles été à-peu-près les mêmes.

Telles sont, en abrégé, les observations de M. Allard sur les garnis des divers quartiers de chaque arrondissement de Paris. Elles sont puisées dans la connaissance de ces établissemens et justifiées par les notes qui ont été recueillies sur chacun d'eux, à l'occasion du choléra.

Il en résulte que les ravages de la maladie ont été en raison des causes flagrantes d'insalubrité que ces lieux présentaient, et de l'état de pauvreté, de misère de leurs habitans, surtout lorsque ces lieux servaient à la prostitution.

Aux exemples qu'on en a déjà donnés, en parlant des garnis des faubourgs Saint-Antoine et Saint-Germain, on ajoutera que neuf des repaires dont il s'agit, situés rue Traversine, quartier Saint-Jacques et du Jardin-du-Roi, ont eu, jusqu'au premier août, 41 personnes atteintes de l'épidémie, dont 31 ont succombé, et que les notes mentionnent encore d'autres établissemens de la même catégorie qui ont chacun depuis 4 morts jusqu'à 7, 8, 10 et 11. (1)

Il faut, d'ailleurs, observer que ces garnis, qui ont donné tant de morts et de malades, n'occupaient pas tous, à beaucoup près, des maisons entières, et ne pas craindre de répéter ce qui a été dit déjà, du moins implicitement, que les autres garnis aussi sales et habités par des gens aussi misérables, mais qui ne faisaient point métier de la prostitution, n'ont pas, proportion gardée, autant souffert de l'épidémie.

Il résulte de ces derniers faits que le choléra, en choisissant surtout ses victimes parmi ceux que leur immoralité, autant que leur misère, porte à commettre de fréquens attentats contre la société, a dû épurer celle-ci. C'est un bien petit avantage, en comparaison du mal immense occasionné par la maladie.

Mais revenons aux arrondissemens de Paris. Si l'on rapproche les plus opposés, sous le rapport qui nous occupe, on acquiert une nouvelle démonstration, par la grande différence des résultats, que l'épidémie cholérique a particulièrement frappé, du moins dans les garnis de cette capitale, les gens sans moyens certains d'existence, et parmi les pauvres, ceux qui sont dans le plus grand dénuement.

Ainsi, dans les établissemens garnis des 7e, 9e et 12e arrondissemens, où logent tant de misérables du genre dont il s'agit, la moyenne des personnes atteintes du choléra a été, pour les trois arrondissemens réunis, d'un individu sur 9, et celle des morts d'un sur 19, tandis que dans les 1er, 2e et 3e arrondissemens, qui forment l'autre catégorie, on n'a pas compté, également en moyenne, plus d'un malade sur 31 et d'un mort sur 97. En d'autres termes, dans les trois arrondissemens où les garnis sont principalement des hôtels ou des maisons bien tenues et bien habitées, il y a eu trois fois et demi moins de malades et cinq fois moins de morts, que dans ceux si mal tenus et si mal habités des 7e, 9e et 12e arrondissemens.

Ces différences sont énormes. Mais si l'on oppose entre eux deux quartiers dont les garnis offrent, sans mélange ou presque sans mélange, d'une part, les meilleures conditions, et, d'autre part, les pires, par exemple, le quartier des Tuileries à celui de la Cité, on trouve des différences bien plus considérables encore, comme 1 malade sur 137 et 1 mort sur 183, contre 1 sur 4 1/2 et sur 8 1/2; c'est-à-dire, pour le quartier de la Cité, 30 fois plus de malades et 21 à 22 fois plus de morts, proportion gardée avec le nombre des habitans, que pour le quartier des Tuileries.

Enfin, les inductions auxquelles conduisent tous les faits rapportés jusqu'ici sont merveilleusement confirmées par le résumé du nombre d'établissemens garnis de chaque classe, dans lesquels le choléra-morbus s'est montré.

Il en résulte :

Que sur 102 établissemens de première classe, habités par des personnes de distinction, par des membres du corps diplomatique et par de riches étrangers, on a observé la maladie dans 4 seulement.

Que sur 227 hôtels ou maisons de seconde classe, où logent des députés, des propriétaires, des négocians, des officiers supérieurs et des voyageurs, 19, ou 1/12 environ ont été atteints.

Que sur 1566 établissemens de troisième classe, fréquentés par des marchands, des fermiers, des rentiers, des petits propriétaires, des employés, des officiers ordinaires, des étudians, des voyageurs du commerce, des commis, des

---

(1) Rue Saint-Laurent, n. 24, faubourg Saint-Denis, 4 morts sur 9 malades; — rue Jean-de-l'Epine, n. 12, quartier des Arcis, 5 morts sur 5 malades; — rue du Paon, n. 5, quartier du Jardin-du-Roi, 5 morts sur 6 malades; — rue de la Licorne, n. 12, dans la Cité, 5 morts sur 11 malades; — rue des Canettes, n. 9, quartier du Luxembourg, 7 morts sur 11 malades; — rue Neuve-Saint-Médrad, n. 15, quartier du Jardin-du-Roi, 7 morts sur 13 malades; — rue des Marmouzets, n. 26 et 23, dans la Cité, 8 morts sur 11 et 13 malades; — rue aux Fèves, n. 14, même quartier, 10 morts sur 18 malades; — Rue du Mûrier, n. 13, quartier du Jardin-du-Roi, 11 morts sur 12 malades, etc., etc.

artisans, et même des domestiques et des simples militaires, 289, ou près du 6e ont eu des malades.

Que sur 954 établissemens de quatrième classe, habités, en général, par de pauvres ouvriers, dont beaucoup se réunissent dans des chambrées communes, l'épidémie a fait invasion dans 499; ou dans un peu plus de la moitié.

Et que sur 256 *maisons à la nuit* ou autres établissemens habités par des gens sans profession utile, sans moyens assurés d'existence, par des prostituées, par des ivrognes, des suppôts de débauche, en un mot par ce qu'il a de plus intempérant, de plus immoral, et communément de plus pauvre, de plus dénué dans la population flottante de Paris, le choléra en attaqué 154, ou très-sensiblement plus de la moitié.

En d'autres termes, si l'on ramène à 100 tous les établissemens garnis de chaqne classe, on trouve qu'il y a eu des malades cholériques dans

4 de la première classe,
8 à 9 de la seconde,
19 de la troisième,
52 de la quatrième,
et 60 de la cinquième.

J'aurais voulu joindre à ces détails d'autres détails aussi précis sur la portion des malades et des morts dans l'ensemble de chacune de nos cinq classes d'établissemens garnis; mais les renseignemens fournis à la commission centrale ne le permettant que d'une manière fort incomplète, et, d'un autre côté, l'administration ayant ôté à M. Allard la direction du bureau des hôtels et maisons garnies, pour lui en donner une autre, il ne m'a pas été possible de faire mieux. Voilà l'unique cause qui a forcé d'arrêter les recherches au premier août 1832, époque depuis laquelle, il est vrai, le choléra a fait de peu ravages dans Paris.

Toutefois, si l'on range entre eux, à la suite les uns des autres, dans l'ordre de la mortalité croissante, occassionnée, dans les hôtels et maisons garnies, par le choléra-morbus, soit les divers arrondissemens de Paris, soit les quartiers de chaque arrondissement, on trouve qu'ils se placent, en *général*, dans l'ordre suivant lequel s'accroit la proportion des établissemens garnis de 4e et 5e classes, c'est-à-dire des établissemens occupés par les pauvres. On en a la preuve dans l'examen et le rapprochement des deux tableaux qui accompagnent ce travail. Enfin, les exceptions que l'on y peut remarquer infirment d'autant moins la conclusion, que les détails donnés sur les garnis de chaque arrondissement expliquent la plupart de ces exceptions, ou mieux les font disparaitre.

On observera, d'allleurs, que le nombre des individus logés dans un établissement garni, diminue en général à mesure que l'on descend de la première classe à la dernière; d'où il faut conclure que l'influence fâcheuse de la misère, de ses privations et des sales débauches auxquelles elle s'abandonne parfois, a vraisemblablement été atténuée dans ce travail, loin d'avoir été exagérée.

Ajoutons, d'après M. Allard, que nous sommes réduits à croire de confiance sur ces points :

Que, dans les premiers temps du choléra, les établissemens garnis bien tenus et habités par des gens riches ou aisés ont été plus épargnés, relativement aux autres, que lors de la recrudescence du mois de juillet.

Que les logeurs recevant les ouvriers et d'autres pauvres ont, ainsi que leur famille, payé un large tribut à la maladie. (1)

Et que les cas de choléra constatés par la police dans les maisons garnies de cette capitale, étaient plutôt au-dessous qu'au-dessus de leur nombre réel. M. Allard en donne pour raisons l'intérêt qu'avaient le logeurs à cacher l'invasion de de l'épidémie chez eux, pour ne point faire tort à leurs établissemens, et l'impossibilité de suivre, au sortir de ceux-ci, toutes les personnes que le choléra y avait atteintes, surtout pour les habitans des maisons à la nuit, qui changent si fréquemment de nom, et pour ceux d'un certain nombre de misérables garnis dont les logeurs eux-mêmes avaient été enlevés par la maladie.

Terminons en disant que l'administration a réuni ses efforts à ceux des commissions de salubrité des quartiers de Paris pour faire cesser, autant qu'il était possible, les causes d'insabrité flagrante de beaucoup de maisons garnies des deux dernières classes; ce qui ne permettrait plus, sans doute, si l'on en faisait aujourd'hui un nouvelle visite, de les retrouver généralement en aussi mauvais état qu'elles étaient au commencement de 1832.

Nouvelles expériences sur la panification de la fécule et de la pomme-de-terre,

Par BOUCHARDAT, D. M. et LE DUC DE LUYNES.

Lorsqu'on fait de la gelée avec de la fécule de pommes de terre, il se développe une odeur particulière; cette odeur acquiert une intensité beaucoup plus grande par l'addition d'eau acidulée avec l'acide sulfurique.

Si on chauffe dans une cornue, et qu'on recueille le produit de la distillation, on obtient une eau distillée aromatique, dont l'odeur rappelle celle du melon.

C'est à ce principe que le pain de fécule paraît devoir une saveur particulière, que plusieurs personnes trouvent désagréable.

Quand on chauffe la fécule sur des plaques métalliques, on la débarrasse de ce principe qui, en se dégageant avec l'humidité, affecte l'odorat d'une manière très-sensible.

Nous avons exposé sur des plaques de tôle une couche de

---

(1) Ainsi, depuis le 29 mars jusqu'au 1er août, on n'aurait pas compté moins de 277 personnes atteintes du choléra, dont 123 sont mortes, parmi les logeurs et leurs familles. Malheureusement nous ignorons le chiffre de leur population; et aujourd'hui que la maladie a cessé ses ravages, il serait d'autant moins possible d'arriver à un résultat certain sur le chiffre dont il s'agit, que, dans le temps, M. Allard n'a pu le connaitre.

2 pouces de fécule à une chaleur de 150 à 200 degrès pendant une demi-heure.

Nous avons fait moudre cette fécule avec du blé, et nous avons obtenu un pain presque complètement débarrassé de cette saveur insolite.

Nous avons recommencé sur une assez grande échelle, avec des pommes de terre de la nouvelle récolte, les essais mentionnés dans la note qui termine notre mémoire.

La farine obtenue avec les pommes de terre cuites à la vapeur est légèrement jaune; elle produit un pain assez compacte et coloré mais dont la saveur n'est pas trop désagréable.

La farine obtenue avec les pommes de terre crues desséchées, est grisâtre; elle donne une pâte qui lève un peu mieux que la précédente. Mais le pain qu'elle fournit conserve davantage cette saveur particulière à la pomme de terre.

Nous terminerons en rappelant qu'à la suite de la disette de 1816, Proust fit de nombreuses observations sur les inconvéniens de la panification de la pomme de terre; il insista particulièrement sur les difficultés d'exécution que présentaient, pour les habitans de la campagne, les procédés successivement prônés. Il faut convenir que le temps qu'on employait pour râper les pommes de terre avec de petites râpes ordinaires, était fort mal employé; mais depuis on a singulièrement perfectionné les appareils pour la fabrication de la fécule; et nous pensons n'avoir rien exagéré en disant qu'on pourrait aujourd'hui facilement livrer, sur tous les marchés de France, la fécule à 10 francs les 100 kilogrammes si on était sûr du placement.

Proust disait, et cela est vrai, qu'en mélangeant 50 pour 100 de fécule à la farine, on obtenait un pain aussi compacte que désagréable. Mais par le procédé de mouture on obtient un pain aussi léger qu'on peut le desirer.

Une torréfaction bien ménagée enlève à la fécule la propriété de communiquer au pain cette saveur particulière, qui est si caractéristique, et cette opération peut s'effectuer en introduisant la fécule dans le four quand le pain est retiré.

On peut mélanger parties égales de blé et de fécule torréfiées, et en envoyant ce mélange au moulin, on obtient une farine qui fournit, par les procédés ordinaires, du très-bon pain. Cette recette réunit les deux conditions essentielles: 1° bonté du produit; 2° facilité et sûreté d'exécution.

Suicide par suspension.

(Extrait d'une lettre écrite par M. Houzelot, docteur-médecin, à Meaux.)

Un homme de soixante-douze ans, pauvre, sans famille, après avoir séjourné long-temps dans nos salles, où nous l'avions recueilli plutôt pour fait de misère que de maladie, était sur le point de sortir: se voyant sans ressources et dans l'impossibilité de pourvoir à sa subsistance, il se suicida comme je vais vous le dire.

La corde suspendue au-dessus de son lit, ainsi qu'il est d'usage dans les hôpitaux, était double: notre homme, profitant d'un instant où il était seul dans une petite salle qui ne contient que six lits, se place sur le bord de son lit, les pieds pendant en-dehors du lit, et sans appui, engage la tête dans l'anse formée par les deux cordes, la face tournée vers la tête du lit, et se laisse aller ainsi à la pesanteur du corps, la tête étant fortement inclinée sur la poitrine. Il est facile de concevoir que dans cette position, la corde comprimant avec force le pharynx d'avant en arrière au fond de l'angle formé par le rachis et la base de la mâchoire, interceptait entièrement le passage de l'air, et de cette sorte l'asphyxie par privation d'air a eu lieu: on estima que le malade dut rester ainsi suspendu pendant un quart d'heure: quand j'arrivai trois quarts d'heure après l'accident, la vie avait cessé; ceux qui détachèrent l'individu me dirent qu'il ne donnait plus alors aucun signe de vie.

Un sillon très-marqué en avant existait au-dessus du larynx, au fond de l'angle précité, et se portait en arrière le long et dans la direction de la base du maxillaire inférieur, en diminuant de profondeur, cessait au niveau de l'angle.

La mort a dû nécessairement avoir lieu par la pression de la corde sur l'extrémité inférieure du *pharynx* qu'elle collait à la face antérieure de la colonne vertébrale, de manière à obstruer le passage de l'air: la pression latérale presque nulle, n'a pu participer à la mort; on ne peut admettre la mort par congestion sanguine, par obstacle au cours du sang, puisqu'il n'y a pas eu de constriction circulaire: l'asphyxie par privation reste seule pour expliquer la mort. Je ne connaissais pas d'exemple de mort par suspension ainsi pratiquée, j'en trouve un pl. 1ere, fig. 2 du mémoire de M. Marc.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil pratique

PUBLIÉ PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ, RÉDACTEUR EN CHEF.

AVRIL 1834.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

De la diète, ou du régime alimentaire dans le traitement des maladies du cœur.

Par une contradiction vraiment inexplicable, les pathologistes qui se sont occupés d'une manière toute spéciale des maladies du cœur, et qui ont porté à un si haut point de perfection la partie dogmatique de ces maladies, n'ont jamais pu s'élever dans la question thérapeutique à des considérations qui répondissent à la sagacité de leurs observations et aux vues ingénieuses de leurs théories. On les a vus toujours abonder dans les excès propres aux systèmes exclusifs qui tantôt depuis trois mille ans ont successivement régenté le monde médical. C'est toujours à la remorque des novateurs qu'ils ont marché ; ainsi le traitement des maladies du cœur est beaucoup moins avancé que celui de plusieurs autres affections dont le diagnostic est soumis à des lois moins précises et moins bien connues. A la médecine expectante ou d'observation, la thérapeutique des maladies du cœur a vu succéder l'emploi des purgatifs destinés à chasser les humeurs peccantes qui troublaient l'harmonie des fonctions ; puis, lorsque les Arabes firent prévaloir la médecine Hippiatique, la cautérisation et les révulsifs de tout genre durent ne trouver aucune maladie rebelle, et nos pathologistes ne s'en firent point faute. Avec Harvey, qui fit connaître la circulation et propagea la méthode des évacuations sanguines, très-restreintes jusque-là et mal connues dans leurs résultats, les médecins crurent avoir trouvé la panacée des affections du centre circulatoire. Par un privilége spécial, la diète ne fut jamais exclue de ces diverses modifications, et survécut à leur triomphe passager, tour à tour préconisée par Senac, Morgagni, Scarpa, et surtout par Corvisart et Valsalva, qui en firent le dogme fondamental de leur pratique ; elle est aujourd'hui, grâce à la médecine physiologique, plus en faveur que jamais. Quelques cas de guérison obtenus, les uns par ce moyen, les autres pendant l'usage de cette médication, bon nombre d'autres dues à des erreurs de diagnostic, et par-dessus tout, la facile application du précepte et la pauvreté des agens thérapeutiques spéciaux, toutes ces causes ont donné à ce système une extension qui passe toute croyance Mais aujourd'hui qu'on commence sérieusement à sortir de l'ornière du physiologisme et de toute méthode exclusive, pour entrer dans la voie du rationalisme et l'expérimentation que le *Bulletin de Thérapeutique* n'a pas peu contribué à répandre, nous croyons utile, d'après les données pratiques de plusieurs années d'observation, d'éta-

blir quelques règles relatives à l'emploi de la diète dans le traitement des maladies du cœur.

Pour mieux exposer les diverses circonstances dans lesquelles la diète est employée et les indications qu'elle est appelée à remplir, nous diviserons, pour faciliter l'application, les affections du cœur en *pyrétique*, ou qui s'accompagnent de réaction fébrile, et en *apyrétique*, qui sont primitivement ou consécutivement chroniques. Après avoir établi ces points fondamentaux, il faudra avoir égard au genre de lésion organique dont le centre circulatoire est atteint. D'*anévrisme* ou d'*hypertrophie*, avec ou sans rétrécissement des orifices du cœur : il ne sera pas non plus inutile de consulter l'âge, le sexe, le tempérament, et même les habitudes du sujet.

Dans l'anévrisme proprement dit, ou dans la dilatation des cavités du cœur, provenant, ou du défaut de réaction de ses parois, ou de l'impulsion du sang qui surmonte leur résistance ; si la maladie se lie à une affection générale dont la cause principale se trouve dans la détérioration ou dans une lésion accidentelle des fonctions digestives, les soins que l'on porte aux voies alimentaires sont promptement suivis d'une amélioration de l'état du centre circulatoire. Une diète réparatrice a les plus heureux résultats, en permettant aux forces générales de se rétablir ; le régime alimentaire a sur les contractions du cœur un effet prompt et des plus remarquables. C'est surtout ce que l'on observe chez les malheureux ouvriers qu'une mauvaise nourriture, prise quelquefois en quantité insuffisante, ou des excès de tous genres, amènent dans nos hôpitaux. Un régime d'abord approprié à leur faiblesse, puis de plus en plus analeptique, joint aux conditions hygiéniques plus favorables où ils se trouvent placés, a bientôt fait justice de la fièvre ; les évacuations sanguines, en pareil cas, après avoir momentanément calmé les accidens, laissent retomber le pouls à sa faiblesse primitive et accroissent le nombre de ses pulsations ; le régime, au contraire, le relève et le ramène promptement à son rythme normal : une prompte convalescence en est le résultat. J'ai souvent vu l'usage de quelques onces de vin chalibé ou de quinquina faciliter les digestions laborieuses de ces malades et hâter les progrès de la guérison. La marche et la terminaison de la maladie sont bien différentes, lorsque l'on persiste à donner aux malades des alimens que la faiblesse de leurs fonctions assimalatrices ne leur permet pas de digérer, ou quand, méconnaissant les causes des mouvemens fébriles qui minent la constitution des individus, on leur oppose une diète trop sévère et surtout trop peu en rapport avec les habitudes des malades ; il en est certains qui, à cause de leur intempérance habituelle se trouveraient fort mal d'un régime qui pour tout autre cependant serait excessif. C'est alors que surviendraient les infiltrations générales, les épanchemens des cavités séreuses, l'engouement des organes, les congestions passives des muqueuses, et la mort, qui, comme dernier résultat, ne tarderait pas à arriver.

La dilatation du cœur est-elle occasionnée par une pléthore générale qui embarrasse ses fonctions, qui opprime ses forces plutôt qu'elle ne les détruit ; un régime moins substantiel est souvent préférable aux évacuations sanguines qui désemplissent trop brusquement le système sanguin, et laisse l'excitabilité du cœur trop peu défendue contre la réaction générale qui accompagne d'ordinaire les évacuations sanguines abondantes ; le régime permet aux parois du cœur de revenir sur elles-mêmes en diminuant la masse du sang d'une manière insensible, il lui laisse toute la plasticité dont il a besoin pour entretenir la vie dans les parties auxquelles il se distribue. L'engouement du système circulatoire et du cœur en particulier s'accompagne-t-il d'une grande débilitation, tient-il à l'insuffisance de la nutrition, les évacuations sanguines modérées, soutenues d'un régime substantiel, obtiennent une guérison exempte de convalescence, ce qui est d'un très-grand avantage, surtout pour la classe ouvrière, dont le travail est presque toujours la seule ressource.

Une maladie des valvules, qui a déterminé leur ossification ou leur adhérence anormale, devient-elle médiatement la cause de la dilatation du cœur que l'impulsion du sang ou sa réaction excentrique contre la paroi du cœur peut seule effectuer ? un régime alimentaire doux et analeptique, sous un petit volume, est souvent utile pour conserver au cœur toute sa contractilité ; il diminue les efforts, qu'il emploie à faire passer, dans un temps donné, une masse du liquide devenue moins considérable, par ses orifices rétrécis. La diète débilitante, accompagnée ou non d'évacuation sanguine d'après la méthode de Valsalva, lorsque ce genre d'affection est apyrétique, agit de la manière la plus funeste sur l'organisme, car le centre circulatoire perd bientôt toute la force de réaction qui lui est nécessaire pour surmonter l'obstacle qui obstrue ses ouvertures.

On voit combien dans ce genre d'affections, tout en puisant l'indication thérapeutique principale dans l'altération pathologique de l'organe, les circonstances particulières de force ou de faiblesse, de fièvre ou d'apyrexie, modifient l'application de la diète ; l'influence du régime, presque toujours subordonnée à l'état des voies digestives, n'est jamais qu'indirecte ; la diminution de la masse du sang et le retour des forces agissent concurremment pour ramener le cœur à sa force normale. Quoique très-efficace, la diète est un moyen long et peu énergique : elle ne doit être employée dans les cas graves que pour soutenir et prolonger l'action plus énergique des révulsifs et des évacuations sanguines, dont l'emploi ne saurait être adapté à la longueur habituelle de ces maladies. Au reste, autant on peut retirer d'avantage de cette médication par un emploi méthodique, en suivant journellement les résultats pour en modérer ou en accroître la sévérité, et pour la seconder par l'emploi d'agens thérapeutiques spéciaux et trop peu connus de nos jours, autant l'abus que l'on fait aujourd'hui de la diète, et dont on a presque fait une panacée pour les maladies du cœur, est nuisible au rétablissement des malades qui ne demandent le plus souvent qu'un régime mieux approprié à leur état pour guérir radicalement.

Considérant ensuite l'hypertrophie des parois des diverses cavités du cœur dans ses rapports avec la diététique, qui se base sur les causes qui l'ont produite et les conséquences qui en sont résultées, on verra qu'en général un obstable à la circulation, soit local, soit excentrique, en est la cause première ; celui-ci, forçant le cœur à réagir plus fortement pour vaincre la résistance que rencontre le sang dans son cours, occasione dans ses fibres une hypertrophie analogue à l'excès de nutrition dont devient le siége tout muscle qui travaille

plus que d'habitude. Au reste, si la chose était possible, il faudrait bien se garder de détruire cette vigueur anormale du cœur avant d'avoir enlevé l'obstacle qui l'entretient. L'hypertrophie est un moyen employé par la nature pour mettre la force du centre circulatoire en rapport avec les difficultés de la circulation; elle en est l'effet et non la cause, comme on le pense généralement, bien qu'elle contribue à l'entretenir. L'influence du régime alimentaire modifié soit dans sa nature, soit dans sa quantité, est bien moins favorable que dans les cas précédens, à moins cependant que le volume ou la quantité de sang ne soit la cause immédiate de l'hypertrophie. La diète n'a qu'une action bien secondaire sur les causes ordinaires de cette maladie, telles que les ossifications des valvules ou celles des vaisseaux; pourtant, par sa manière douce et continue d'agir, par le changement moléculaire qu'elle peut opérer dans la masse du sang, la diète porte dans l'organisme un trouble moins profond que les évacuations sanguines, et entre davantage dans les voies naturelles des guérisons spontanées. C'est en effet ce qu'indique la pratique qui échoue bien plus souvent dans le traitement de l'hypertrophie que dans celui des dilatations.

Mais si un obstacle mécanique inamovible, fixe ou tendant toujours à s'accroître, tel qu'un rétrécissement des orifices du cœur, une tumeur anévrismale de l'aorte, etc., est la cause de l'hypertrophie, qui alors se complique constamment de dilatation, ce qu'il est si facile de reconnaître à l'ensemble des symptômes locaux et généraux dont s'accompagne l'affection. Tous les soins du praticien doivent tendre à entretenir les forces du sujet. La moindre débilitation peut alors devenir funeste. Chacun peut s'assurer de la vérité de ce fait, en visitant l'hospice des vieillards: ceux qui sont atteints d'ossification des valvules du cœur, et ils sont nombreux, éprouvent une aggravation des symptômes par des débilitans; au lieu que par l'usage d'un peu de bon vin et une nourriture assez substantielle, on soutient leurs forces et ils peuvent supporter long-temps leur maladie sans trop d'inconvéniens et de malaise. En somme il est bien démontré pour moi que l'on abuse beaucoup trop de la diète dans le traitement des maladies du cœur. Chez certains ouvriers malheureux et chez quelques personnes âgées, il est des affections du centre circulatoire, présentant tous les signes de la dilatation et qui s'aggravent par l'abstinence et les saignées, et qui guérissent par une alimentation réparatrice et les toniques légers; dans la dilatation du cœur par pléthore, les saignées trop souvent répétées sont dangereuses, et l'on doit se servir comme moyen principal de guérison de la diète ou du régime; enfin, dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur; les saignées fréquentes, la diète et les débilitans en général sont plus nuisibles qu'utiles, quand l'affection est apyrétique. Je laisse à l'expérience de mes confrères, le soin de vérifier la justesse de ce point de pratique, qui ne me paraît pas contestable. J. PIGEAUX.

De l'écorce de racine de cahinça et de son usage thérapeutique, principalement dans les hydropisies.

Récemment introduite dans la matière médicale, la cahinça jouit de propriétés physiologiques très-remarquables, et les résultats thérapeutiques obtenus par son usage méritent de fixer l'attention des médecins. Nous pensons donc qu'on lira avec intérêt quelques détails sur cette racine.

Elle est désignée au Brésil sous le nom de *caïnça*, *kahinca*, ou plus communément de *raiz preta*, racine noire, et provient d'une plante très-voisine des genres *coffea* et *psychotria*, de la famille des *rubiacées*, que les botanistes désignent par les expressions de *chiococca auguifuga*, *chiococca*, *racemosa*.

La racine de cahinça, telle qu'elle se trouve dans le commerce, est une souche ligneuse, de la grosseur du pouce, irrégulièrement cylindroïde, pourvue quelquefois à son sommet d'une portion de la tige ligneuse recourbée et terminée en bas par plusieurs racines dures, cylindriques, qui ont jusqu'à un pied de longueur. L'écorce se sépare facilement du bois; il suffit, pour cela, de frapper fortement la racine entre deux corps durs. Le bois est blanc, insipide, inodore; l'écorce, plus épaisse sur la souche que sur les racines, est à l'extérieur ambrée ou d'un gris brun jaunâtre, plus jaune et plus clair sur les parties les plus jeunes. L'épiderme se détache très-difficilement; et la surface des racines, faiblement striée dans sa longueur, présente de temps en temps de petits renflemens en forme de verrues, implantés perpendiculairement à la surface. L'écorce elle-même est dure, cassante, compacte, intérieurement d'une couleur gris-verdâtre dans les vieilles racines, plus brune dans les jeunes, épaisse d'une ligne sur les gros troncs, et beaucoup plus mince sur les racines. Elle a une odeur aromatique âcre et nauséabonde, quoiqu'elle ne soit pas très-forte; un goût fort amer, un peu âcre et provoquant la salivation.

Comme cette racine vient des forêts vierges du Brésil, que le ligneux est manifestement inerte, et qu'il forme à peu près les deux tiers de la racine, il y aurait de l'avantage à ne faire venir que l'écorce, comme pour le quinquina, et c'est probablement le parti qu'on prendra, si l'usage vient à s'en populariser en Europe.

Au Brésil elle est employée contre les morsures de serpens, contre les hydropisies et, les dyspepsies les fièvres intermittentes. On croit qu'on en doit la connaissance aux sauvages; et ce n'est que dans ces dernières années que des médecins qui avaient pratiqué au Brésil l'ont fait connaître en Allemagne. En France, MM. les docteurs François et Clémençon ont les premiers expérimenté ses propriétés et préconisé ses vertus. Depuis, nombre de praticiens ont commencé à en faire usage.

On lit, dans une thèse soutenue à Strasbourg en 1831, par M. Aubin Petit-Dugour, le résultat d'une analyse de cette racine, tentée par MM. Heyland et Pfaff, sans qu'ils aient pu arriver à quelque chose de positif. D'autre part, MM. Caventou et Pelletier, plus heureux, ont prouvé qu'il est possible d'extraire de cette écorce quatre substances végétales bien distinctes:

1° Un principe amer cristallisé, et qui présente toute l'amertume de la plante;

2° Une matière grasse verte d'une odeur nauséeuse, et dans laquelle réside toute l'odeur de la racine;

3° Une matière colorante jaune;

4° Une substance colorée visqueuse.

Le principe amer, représentant toute la sapidité de la ra-

cine, a fixé spécialement leur attention, et ils lui ont assigné les propriétés suivantes: il est blanc, cristallisable en petites aiguilles brillantes, soyeuses, qui se groupent entre elles à la manière de l'hydrochlorate de morphine. Il est inodore, d'une saveur amère peu astringente, qui se développe avec lenteur; soluble dans six cents fois son poids d'eau, peu soluble dans l'éther, mais très-soluble dans l'alcool, surtout à chaud; il rougit le papier de Tournesol à la manière des acides; il forme avec la chaud une sous-combinaison très-amère très-soluble dans l'alcool et dans l'eau, et laissant précipiter le principe amer par l'adition d'un acide. Il n'est ni efflorescent ni déliquescent. Une chaleur de cent degrés ne l'altère pas. Chauffé dans un tube de verre, il se ramollit, se charbonne, et répand une vapeur blanche épaisse, pesante, qui se concrète contre les parois du tube, partie en masse, partie en très-petits cristaux brillans. Le produit sublimé est entièrement dépouillé d'amertume; on n'y trouve point d'ammoniaque.

Ces chimistes on proposé de donner à ce corps tout nouveau et tout spécial le nom d'acide cahincique, qui indique à la fois son origine et sa propriété la plus remarquable. Ils conseillent pour obtenir cet acide, les procédés suivans: Faites dissoudre dans l'eau l'extrait alcoolique de la racine, filtrez, précipitez par la chaux en excès, jusqu'à ce que la liqueur soit dépourvue d'amertume; on recueille le précipité, et on le décompose à l'aide de l'acide oxalique et de l'alcool bouillant; ou bien versez par gouttes de l'acide hydrochlorique ou de l'acide acétique dans une décoction aqueuse d'écorce de racine de cahinça; l'acide cahincique se dépose lentement pendant plusieurs jours et à l'état de petits cristaux; mais il est très-coloré, et il en reste d'ailleurs une quantité notable en dissolution dans la liqueur, à cause de la matière colorante qui l'enchaîne et le retient.

Santen, qui a analysé la cahinça, y a trouvé de l'émétine; Brandes y a trouvé un alcaloïde qu'il a rapproché de l'émétine et de l'acide benzoïque.

De l'étude chimique de cette substance, faite par les expérimentateurs français dont nous avons parlé, il résulte qu'on peut la prescrire de différentes manières, mais que la plus sûre est toujours celle qui présente le principe actif au contact de nos organes à l'état de sur-cahinçate de chaux. Pour cela, il suffit de prescrire l'écorce de cahinça en décoction à la dose de un à deux gros pour une pinte de liquide, ou bien en poudre depuis quarante grains jusqu'à un ou deux gros; d'autres fois on prescrit l'extrait aqueux de douze à vingt-quatre grains par la bouche ou en lavement. Une fois même un malade a avalé par erreur jusqu'à cinquante-deux grains d'extrait, sans autre inconvénient qu'une superpurgation qui a duré deux jours. Enfin M. François a donné souvent avec succès l'acide cahincique à la dose d'une dizaine de grains. Toutes ces préparations représentent des quantités proportionnelles du principe actif du médicament.

Les observations jusqu'à présent connues ont été recueillies dans différens lieux et par des médecins différens; la plupart cependant ont eu lieu dans les hôpitaux de Paris. Par conséquent, elles offrent toutes les garanties désirables d'exactitude, et les recherches auxquelles se livrent maintenant un grand nombre de praticiens estimables augmentent l'intérêt que la cahinça doit exciter. Il suffit, pour en donner la mesure, de dire que le seul mémoire de MM. François, Pelletier et Caventou présente trente-deux observations, dans lesquelles la puissance du médicament s'est montrée incontestable.

Tous ces faits tendent à démontrer en définitive que l'écorce de racine de cahinça, administrée comme nous l'avons indiqué, agit sur l'intestin à la manière des purgatifs, qu'elle détermine des évacuations plus ou moins nombreuses, mais toujours innocentes, c'est-à-dire exemptes de la vive irritation qu'on ne peut s'empêcher de reprocher à d'autres moyens du même genre. Presque toutes les observations que nous avons rappelées en font foi. Il y a plus; quelquefois l'irritation préexistante du pouls a paru se calmer sous l'influence du médicament même, pendant que le nombre des selles prouvait son action purgative. Quelques-uns des malades offrant des signes non équivoques d'irritation gastro-intestinale, le mal n'a pas été augmenté par l'administration de la cahinça, ce n'est pas à dire qu'elle ne nuirait pas dans une gastrite aiguë; mais elle a paru innocente dans cette nuance d'irritation qui accompagne quelquefois les hydropisies. En lavement, la cahinça purge avec plus d'activité que quand elle est prise par la bouche.

Après l'effet purgatif, la cahinça fait voir ordinairement un effet diurétique très-prononcé. Il faut remarquer cependant que, quand la purgation a été très-forte, la diurèse est moindre, et réciproquement; mais ces deux effets sont presque toujours très-sensibles. Tous les malades les ont plus ou moins ressentis. Il ne faut pas oublier que les effets de l'écorce de cahinça se font remarquer seulement quelques heures, et dans plusieurs cas quelques jours après qu'on en a commencé l'usage.

Dans quelques cas, l'administration de ce médicament a été suivie de malaise, de nausées et de coliques; mais ces cas exceptionnels tenaient sans doute à la disposition du sujet; car ces accidens n'ont rien eu de constant, soit pour les divers malades, soit pour le même malade, aux différentes époques ou aux doses variées de l'administration.

Les propriétés thérapeutiques de l'écorce de racine de cahinça sont une conséquence naturelle de ses propriétés physiologiques. Elle produit des évacuations alvines aqueuses abondantes, sans irriter trop les intestins; elle convient donc dans tous les cas où ces évacuations peuvent être utiles, et où il est nécessaire de ménager la sensibilité de la muqueuse gastro-intestinale; elle modifie puissamment la sécrétion urinaire; les urines, d'épaisses, troubles, brûlantes, fétides et rares qu'elles étaient, deviennent rapidement abondantes, aqueuses et normales, sans que les sujets boivent plus qu'à l'ordinaire. Il en résulte bientôt que les différentes infiltrations séreuses diminuent sensiblement; et de cette manière les préparations de cahinça sont utiles contre les hydropisies. Certainement cette racine n'en attaque pas la cause matérielle; elle ne détruit pas les altérations organiques qui les causent trop souvent, mais elle remédie aux épanchemens séreux dont les organes sont étouffés. Aussi son utilité n'est-elle jamais plus évidente que dans les anasarques sans cause connue, ou dans celles qui dépendent d'une maladie du cœur, parce que, dans aucun autre cas, le soulagement n'est plus grand après l'évacuation du liquide infiltré.

D'après les observations que j'ai rappelées plus haut, c'est

surtout dans des cas analogues que la cahinça triomphe ; dans les autres cas, son efficacité est beaucoup moins prouvée, parce que l'altération matérielle détruit chaque jour dans ses progrès tout le bien que le médicament peut produire. Mais dans ceux que nous venons de citer, on est étonné, pour ainsi dire, de la facilité avec laquelle les malades supportent les plus fortes doses de cahinça, et surtout des avantages qu'ils en retirent. Tout les deux jours, ou même tous les jours, vingt-quatre grains d'extrait, ou dix grains d'acide cahincique, ou deux gros de poudre d'écorce, peuvent être administrés sans inconvénient, et même le médecin peut ajouter à l'une de ces préparations une pinte de décoction d'un ou deux gros de cahinça, sans que le malade soit fatigué outre mesure des évacuations alvines et urinaires qui en résultent. En général, après quelques jours de traitement, quand il a été conduit convenablement, les forces sont revenues, la respiration est plus libre, les infiltrations séreuses ont disparu, et le malade est guéri, s'il n'est affecté que d'anasarque simple ; ou il se trouve au moins pour quelque temps à l'abri des accidens dont il était fatigué, quand l'anasarque dépend d'une maladie du cœur.

Ces résultats sont assez beaux pour n'avoir pas besoin d'être autrement recommandés à l'attention et à l'expérience des praticiens. S. S.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

—

Du traitement des excroissances syphilitiques intra-vaginales chez les femmes enceintes.

Lorsque l'interieur du vagin d'une femme enceinte se trouve encombré par des groupes plus ou moins considérables d'excroissances syphilitiques, et qu'elles n'ont pas cédé à un traitement général bien dirigé, que convient-il de faire pour les détruire? Peut-on, sans danger d'avortement, employer l'excision? Je ne le pense pas. L'observation suivante prouve cette assertion ; elle mérite d'être rapportée avec détail, à cause de l'intérêt qu'elle nous parait offrir pour la thérapeutique.

Dans le courant de juin dernier, une jeune femme, âgée de vingt-un ans, lymphatique, enceinte pour la première fois, entra au quatrième mois de sa grossesse à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être traitée d'excroissances syphilitiques énormes qui remplissaient presque tout l'intérieur du vagin. La plus grosse de ces excroissances égalait le volume du poing et bouchait exactement l'entrée du vagin. Écoulement séro-purulent très-abondant et extrêmement fétide. M. Dupuytren jugea que le passage de la tête de l'enfant à travers le vagin n'aurait peut-être pas été possible, si l'on ne se hâtait pas de détruire ces végétations : il pensa en outre que leur contact avec les yeux et les autres ouvertures muqueuses de l'enfant aurait pu devenir fâcheux à celui-ci.

Les antécédens de cette malade apprirent : qu'en bonne santé, elle avait habituellement des flueurs blanches en abondance ; que, six mois avant sa grossesse, elle avait contracté une blennorrhagie dont elle n'avait point été traitée ; que les excroissances en question ne s'étaient déclarées qu'après le premier mois de la gestation ; enfin, que, par l'accroissement successif de ces végétations, le coït lui était devenu d'abord très-douloureux et hémorrhagique, et ensuite physiquement impossible.

M. Dupuytren prescrivit d'abord un traitement antisyphilitique intérieur ; mais au bout de quarante-six jours de ce traitement, le mal local étant dans le même état, on crut devoir l'attaquer avec l'instrument tranchant.

Opération. Placée sur le bord d'un lit, comme pour accoucher, la femme fit des efforts pour faire sortir les excroissances. A l'aide de longs ciseaux courbes, d'érignes et de plusieurs doigts portés méthodiquement dans le vagin, le chirurgien excisa la masse principale de ces excroissances qui formaient une sorte de chouflcur mollasse.

Une hémorrhagie assez abondante suivit immédiatement l'opération (il était dix heures du matin) : repos absolu au lit, bassin très-élevé à l'aide d'un coussin sous les fesses de la malade ; aspersions répétées d'eau froide sur l'hypogastre, sur la vulve et aux aines, à l'aide d'une éponge. Le sang ne s'arrête pas ; on tamponne le vagin. Le sang continue à couler, à travers l'appareil, jusqu'au troisième jour révolu. Rien n'avait donc pu réprimer cette hémorrhagie ; la position élevée du bassin, l'eau froide, le tamponnement renouvelé plusieurs fois, les injections astringentes dans le vagin, tout avait été inutile ; on songeait déjà à la cautérisation, lorsque le sang s'arrêta de lui-même. Cependant, dès le troisième jour, la vie de la mère et celle de l'enfant étaient en danger : pâleur très-grande, affaiblissement général, mouvemens convulsifs, yeux enfoncés, pouls filiforme ; absence des mouvemens de l'enfant ; tranchées utérines assez fréquentes et assez fortes pour faire croire à un avortement prochain. L'orage cependant se dissipa petit à petit avec la suppression de l'hémorrhagie, et la malade en est revenue après plusieurs mois de convalescence. Cette observation, intéressante sous plusieurs rapports, ne doit point être perdue pour le praticien ; elle nous suggère les réflexions suivantes :

Deux indications urgentes se présentent dans les cas de cette nature. La première consiste à désinfecter le plus tôt possible la constitution de la femme à l'aide d'un traitement antisyphilitique général ; je dis le plus tôt possible, car plus on attendrait, plus on laisserait compromettre la santé et la vie de l'enfant ; la seconde, c'est d'enlever, avant l'accouchement, le mal local, s'il n'a pas disparu sous l'influence du traitement général. Il nous reste maintenant à discuter quel est le procédé le plus convenable pour remplir la dernière de ces indications.

La *cautérisation* est évidemment inapplicable sur des masses aussi considérables d'excroissances. Beaucoup de femmes d'ailleurs ont de l'aversion pour ce moyen, et, en outre, un cautère actuel ne saurait peut-être pas être porté sans inconvénient dans le vagin d'une femme enceinte.

L'*excision* n'est pas non plus employée sans danger dans ces cas, ainsi qu'on peut le voir par l'observation qui précède. La muqueuse vaginale ayant été long-temps chez ces

femmes le siége d'une inflammation spécifique, elle est ramollie et très-facile à saigner à la moindre blessure ; aussi l'excision simple ne convient-elle pas.

L'excision, suivie de la cautérisation immédiate, pourrait peut être convenir ; mais quand on a affaire à des masses très-considérables d'excroissances, comme dans le cas précédent, le sang coule en si grande abondance, qu'il n'y a pas moyen de bien appliquer ce dernier remède.

La *ligature* pourrait convenir à la rigueur ; mais elle a l'inconvénient de laisser pourrir dans le vagin les excroissances qu'on veut enlever et d'occasionner un écoulement abondant très-fétide par ces parties, et par conséquent d'affaiblir la femme, ou bien de l'exposer peut-être a un fausse couche.

Il n'en est pas de même de la ligature jointe à l'excision immédiate. La conduite qui me paraitrait la meilleure dans les cas dont nous parlons serait *de lier d'abord, à l'aide d'un spéculum et d'autres instrumens appropriés, les excroissances par groupes séparés, en une ou plusieurs séances, suivant leur quantité et leur volume; puis de les couper immédiatement en-decà de la ligature.* On préviendrait de la sorte toute espèce d'hémorrhagie dangereuse. C'est ainsi que, dans un cas analogue, mais non compliqué de grossesse, le célèbre Pelletan dit s'être conduit, et avec succès, sur une femme qui avait des excroissances dans le fond du vagin. C'est ainsi qu'en 1827 nous vîmes un des chirurgiens les plus habiles d'Italie, M. le professeur Nanula, se conduire, et avec succès aussi, dans une circonstance pareille à celle dont nous venons de parler. Pour nous, c'est là la conduite que nous tiendrions dans des cas de cette nature. A F.

Du traitement des fractures compliquées par les arrosions continues d'eau froide.

L'emploi de l'eau froide dans le traitement de certaines maladies n'est pas une chose nouvelle. Les hernies étranglées, l'entorse, la chorée, l'érysipèle, la scarlatine et quelques autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, ont souvent été traitées avec succès par des ablutions d'eau froide ; mais l'idée de se servir d'une *arrosion continue* de ce liquide pendant vingt, trente, quarante jours, et même davantage, dans certaines lésions traumatiques graves, telles que les fractures compliquées, les écrasemens des membres, les plaies d'armes à feu avec délabrement considérable des parties molles et dures, etc. ; cette idée, dis-je, est tout-à-fait nouvelle en chirurgie. La médication dont nous allons entretenir nos lecteurs nous paraît digne de fixer l'attention des praticiens : les effets salutaires que nous en avons vu obtenir à l'Hôtel-Dieu ont de beaucoup surpassé notre attente.

Nous devons dire d'abord que c'est à M. Josse, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, que nous devons la première idée de l'arrosion permanente d'eau froide dans le traitement de quelques lésions traumatiques. Ce praticien, qui se trouvait dernièrement à Paris, nous a assuré qu'il se sert depuis sept ans de ce moyen avec le plus grand avantage, mais il n'avait pas songé à appliquer cette méthode de traitement aux fractures compliquées et à l'écrasement des membres. C'est à M. Breschet qu'on est redevable de l'application de cette dernière idée dans la pratique ; nous devons cependant ajouter, pour être juste envers tout le monde, que, depuis trois à quatre ans, plusieurs praticiens de Paris traitent déjà les plaies d'armes à feu par des applications répétées d'eau froide ; et nous avons vu nous-mêmes, il y a six mois environ, à l'hôpital Saint-Antoine, un militaire, qui avait eu une main fracassée par un coup de feu, traitée avec un succès complet par les simples applications de compresses fréquemment trempées dans de l'eau de fontaine. Cependant il y a loin de cette médication à celle dont nous avons à parler.

Cette médication consiste dans l'arrosion continuelle de la partie, à l'aide d'un réservoir d'eau froide qui coule continuellement, jour et nuit, sur le membre blessé ; les choses doivent être disposées de telle sorte qu'on puisse augmenter ou diminuer à volonté la quantité d'eau qui tombe et la hauteur du jet. Ce traitement nous parait aujourd'hui un des plus efficaces que la chirurgie puisse employer pour traiter les fractures compliquées les plus graves, et les écrasemens des membres les plus volumineux. Voici comment est disposé l'appareil.

Appareil à arrosion continue. Le malade est couché en supination : le membre blessé, soit abdominal, soit thoracique, est disposé sur un oreiller, comme dans les cas de fracture compliquée. Cet oreiller sera couvert d'un grand morceau de toile cirée, qui doit s'étendre depuis le genou, ou depuis l'aine du malade, jusqu'au-delà des pieds du lit, s'il s'agit de la jambe, du pied ou de la cuisse ; et depuis l'aisselle jusqu'au-dehors de la partie latérale du lit, s'il s'agit du membre supérieur. Cette toile doit être assez large pour pouvoir être roulée sur les côtés, et garantir le lit du malade de l'humidité de l'arrosion ; aussi la disposera-t-on de manière à conduire le courant d'eau au-dehors, comme dans une espèce de canal ciré. On panse toutes les plaies, soit en les couvrant simplement avec de la charpie molle et fine, soit en relevant un peu les lambeaux des parties molles, s'il est nécessaire, et en les soutenant avec une, deux ou plusieurs bandelettes étroites de diachilon ; je dis étroites, car si les bandelettes étaient trop larges, elles empêcheraient l'eau d'agir immédiatement sur la peau. Cela étant fait, on enveloppe d'une manière lâche le membre dans un appareil de Scultet ordinaire, afin de lui faire garder une position convenable ; seulement on ne mettra pas de paillasson antérieurement, car c'est sur la surface antérieure du membre que l'eau doit tomber. S'il ne s'agissait que d'une partie de volume médiocre, on pourrait se contenter d'envelopper tout simplement le membre blessé de compresses et de charpie, en établissant l'arrosion par-dessus celles-ci. Il est toujours convenable que les endroits de la fracture et des plaies soient matelassés de charpie molle et de compresses, afin qu'en s'imbibant d'eau froide, ils tiennent ces parties dans une espèce de bain continuel (1). On établira ensuite l'arrosion de la manière suivante :

---

(1) Je fais ici abstraction de l'existence de corps étran-

On aura deux grands seaux, l'un plein d'eau de fontaine ou de puits, et l'autre vide. Ce dernier est posé aux pieds du lit du malade pour recevoir l'eau qui arrose le membre. On suspend le seau plein au ciel du lit, à l'aide d'un fort billot et de cordes bien résistantes, ou bien par tout autre mécanisme; on l'arrange de manière que le fond de ce seau réponde perpendiculairement au membre blessé, et à un pied ou deux pieds de hauteur de celui-ci. Ensuite, on aura un petit tube en verre ou en fer-blanc, de la grosseur du petit doigt à peu près, et de longueur de trois à quatre pieds environ; ce tube sera plié à angle fort obtus vers son milieu, de manière qu'il représente une sorte de lettre U, à branches inégales, ayant un à deux pieds de longueur. On met une branche de ce tube dans le seau plein d'eau, l'autre branche pend au-dehors sur le membre blessé; l'entre-deux de ces branches repose sur le bord du seau. Les lois d'hydraulique connues font immédiatement passer l'eau du seau à travers le tube qui la conduit en jet sur le membre malade. Pour mettre cependant en action le jet de l'arrosion, il faut faire un instant le vide avec la bouche dans la branche externe du tube. Par cet appareil, l'eau coule donc en jet sur le membre à travers le tube conducteur; mais pour en retirer tous les avantages possibles, deux conditions sont nécessaires: 1° Il ne faut pas que le jet d'eau tombe de très-haut; car ceci aurait un inconvénient très-sérieux; c'est pourquoi il est essentiel de rendre la branche externe du tube très-longue, ou bien d'abaisser autant que possible la position du seau; 2° il faut encore rendre le jet d'eau très-fin et continu, à l'aide d'un petit bouchon troué, qu'on adapte dans l'extrémité externe du tube, ou bien au moyen d'un morceau d'éponge qui fasse l'office de bouchon (1). Cette eau, après avoir imprégné les compresses, les bandes et la charpie qui enveloppent le membre, perce sur le membre même, l'en arrose et tombe sur la toile cirée, pour être éconduite hors du lit dans la seau vide dont nous avons parlé. Le chirurgien, ou la garde, n'a alors qu'à renouveler l'eau du récipient à mesure qu'il se vide. Le bandage et le pansement des plaies seront renouvelés tous les deux, trois jours, ou plus rarement encore, selon que le chirurgien le jugera à propos. L'arrosion sera continuée autant de temps que les circonstances l'exigeront. Les deux faits suivans serviront d'application aux préceptes qui précèdent.

Obs. I. Un charretier, âgé de trente-six ans, étant ivre, tomba, dans le mois de janvier dernier, sous la roue de sa voiture, lourdement chargée. Sa jambe droite fut écrasée et comme moulue par la roue. On le conduisit à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Marthe, service de M. Breschet. A la visite du matin, on trouva un désordre tel à la jambe de ce malade, que l'indication de l'amputation ne parut point douteuse: fracture comminutive du tibia et du péroné à la partie inférieure, près de l'articulation tibio-tarsienne; plaies larges et contuses en avant, en arrière, et sur les parties latérales de la jambe; sortie des fragmens pointus du tibia à travers une des plaies; hémorrhagie assez forte par cette plaie; ecchymoses et contusions très-étendues dans le reste de la jambe; tout, en un mot, indiquait que, si l'on n'amputait pas sur-le-champ, une réaction inflammatoire et gangréneuse aurait en quelques jours enlevé le malade, ainsi que nous veniens de le voir, une semaine auparavant, sur deux individus qui se trouvaient à peu près dans des conditions analogues, et qui s'étaient refusés à l'amputation primitive. Cependant le malade refuse formellement l'amputation. C'est alors que l'on avise à expérimenter l'action des arrosions permanentes d'eau froide. On organise en conséquence un appareil d'après les principes que j'ai exposés. Les plaies sont pansées mollement, et le membre enveloppé dans un appareil ordinaire à fracture, n'ayant que deux coussinets latéraux seulement. Le tout est garanti par un cerceau ordinaire et par les couvertures, à l'exception de l'endroit par où le tube arrosant passe pour se diriger vers le membre. La réaction locale a été très-médiocre; celle de la constitution, presque nulle. Le malade n'a presque pas eu de fièvre; la suppuration a été très-modérée; seulement on a été obligé de faire quelques contre-ouvertures et d'exercer une compression expulsive sur quelques points, à cause du décollement énorme de la peau, qui existait primitivement sur le côté externe de la jambe; enfin, toutes les plaies se sont cicatrisées, la peau s'est recollée, la fracture s'est consolidée, et l'homme sortira, sous quelques jours, parfaitement guéri, de l'hôpital. L'arrosion d'eau froide a été continuée pendant un mois environ.

L'observation suivante est encore plus remarquable que celle-ci.

Obs. II. Une jeune nourrice a dernièrement eu le pied écrassé sous la roue d'une grosse voiture chargée de sel et traînée par six chevaux. Elle a été apportée dans la salle Saint-Côme, service de M. Breschet. A l'inspection du membre, on trouve plusieurs os du tarse et du métatarse fracturés comminutivement; le pied est gonflé, chaud et douloureux; plaies et escarrhes sur les parties latérales du pied et des malléoles dans la longueur de six pouces sur chaque côté; contusions multiples. Sans le secours précieux des arrosions d'eau froide, l'amputation de la jambe aurait été indispensable pour sauver la vie de la malade. On applique l'appareil que j'ai fait connaître; le pied est enveloppé de compresses et de charpie; la jambe est couchée sur le côté externe. Réaction presque nulle; point de fièvre; chute des escarrhes; sortie de quelques esquilles osseuses; cicatrisation et guérison très-prochaines. Cette malade est à l'hôpital depuis un mois environ; on continue encore les arrosions froides; elle sera bientôt en état d'en sortir bien portante, et conservant son membre.

Plusieurs circonstances ont frappé mon attention dans le traitement de ces deux malades.

---

gers dans la plaie, ou d'hémorrhagie. Dans ce cas, la première indication à remplir ne peut nullement être douteuse.

(1) Il y a une différence bien marquée entre l'action d'une *simple arrosion* et celle d'une *douche*: la première ôte du calorique à la partie, tandis que la seconde en développe: un physicien d'Italie, dont parle Montaggia, faisant des expériences sur les effets d'une eau thermale, a observé que la même eau cuisait des œufs quelques minutes plus tôt lorsqu'elle tombait en douche d'une très-grande hauteur, que lorsqu'on immergeait simplement les œufs dans l'eau de la même source. N. D. R.

1° *La réaction très-minime et presque nulle* qui a eu lieu sous l'influence de l'eau froide. L'on sait quelle série de symptômes fâcheux suit ordinairement les lésions du genre de celles que nous avons décrites dans les deux observations précédentes ; et cependant ici aucune réaction fâcheuse, pas même de la fièvre ; les malades ont toujours, après les premiers jours de l'accident, mangé les trois quarts de la ration donnée par l'hôpital. J'ajouterai même, comme une circonstance digne de remarque, que chez la seconde malade, qui était une nourrice, on a pu, dès le second jour de l'application de l'appareil, lui permettre de continuer d'allaiter elle-même son enfant ; car cette femme n'ayant éprouvé aucun trouble dans la circulation ni dans les sécrétions, son lait n'avait souffert aucune altération ; aussi a-t-elle pu continuer à donner le sein à son enfant. Il est donc évident pour moi que l'action continue de l'eau froide *étouffe* les symptômes de réaction.

2° *La chaleur du membre arrosé* n'est pas moins digne de la méditation du médecin physiologiste. Pendant les premiers trente jours d'arrosion, les malades ne se sont aucunement plaints de *sentiment de froid ni d'humidité* dans la partie. Le toucher d'une main étrangère sur le membre arrosé donnait une sensation de chaleur naturelle et normale ; mais aussitôt que l'époque indiquée, d'un mois environ, s'est écoulée, les malades commencent à sentir que leur membre est *froid et mouillé :* on le sent froid, en effet, en le touchant alors. On dirait que, pendant le temps où il se fait un dégagement de calorique morbide dans la partie, l'eau froide enlève le surplus de la chaleur, ou plutôt détruit le calorique morbide, et les malades se trouvent bien ; mais qu'aussitôt que la réaction cesse, qu'il n'y a plus de dégagement de calorique morbide, et que le calorique naturel reste seul, les arrosions deviennent désagréables aux malades, par l'enlèvement du calorique normal qu'elles occasionnent, et que le membre devient alors froid. J'ajouterai que, si l'on néglige dans les commencemens, pendant quelques heures, d'arroser le membre, immédiatement la chaleur excessive, le gonflement et la douleur s'emparent de lui. On pourrait donc établir en règle que l'arrosion d'eau froide doit être continuée, sans interruption, autant de temps que le membre conserve de la chaleur morbide et que les malades ne se plaignent point d'un sentiment de froid dans la partie blessée. C'est là, je crois, une espèce de *thermomètre thérapeutique* qu'on ne doit point perdre de vue dans la médication dont il s'agit.

3° *La promptitude de la guérison* des malades traités par la méthode en question nous a paru aussi remarquable. Les plaies contuses, les plaies avec escarrhe qui, sous le traitement ordinaire, auraient suppuré long-temps et abondamment, se sont, chez les malades dont nous parlons, cicatrisées promptement et sans suppurer beaucoup. Sous l'influence de l'eau froide, leur couleur a toujours été belle et vermeille.

4° Enfin, *l'indolence* qu'on a observée pendant tout le traitement, dans des lésions aussi graves, ne peut être attribuée qu'à la salutaire influence de l'eau froide.

Nous pourrions rapporter ici d'autres cas de lésions traumatiques graves où l'emploi des arrosions permanentes d'eau froide ont été d'une grande utilité; mais des nouveaux faits n'ajouteraient rien à l'importance des idées que nous venons d'émettre sur ce sujet. Aussi finirons-nous cet article en recommandant vivement aux praticiens d'employer avec une entière confiance, dans les cas convenables, la méthode dont nous venons de les entretenir. ROGNETTA.

Nouveau moyen très-efficace pour faire avorter le panaris.

MM. Serre d'Uzès et Miquel ont déjà fait connaître, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, les résultats satisfaisans qu'ils avaient obtenus des frictions avec la pommade mercurielle double contre le panaris; ce remède puissant révulsif, antiphlogistique par excellence, ainsi que John Hunter l'appelle, paraît en vérité enrayer comme par enchantement les douleurs du panaris et ses conséquences. Mais voici un autre médicament non moins efficace que le mercure, et qu'on peut avoir à sa disposition partout où l'on se trouve, à la campagne, en diligence, à toute heure du jour et de la nuit, etc. Ce remède, *c'est l'eau froide, employée en aspersions continues sur le doigt attaqué de panaris.* Placez votre doigt, enveloppé de linge, sur le bord d'un bol vide ; ayez une cuvette pleine d'eau froide, trempez-y une compresse ou bien une petite éponge, et arrosez-en continuellement le doigt atteint de panaris, et toute la partie de la main où les douleurs se font sentir ; continuez ainsi plusieurs heures de suite : vous verrez immédiatement les souffrances et la chaleur se calmer d'abord, puis le mal se dissiper complétement. Dans une saison froide, on pourrait couvrir d'un mouchoir le reste de la main non affectée d'inflammation, dans le cas où l'action de l'eau et de l'air froid incommoderait.

J'ai eu récemment l'occasion d'expérimenter sur moi-même l'efficacité de ce remède ; j'ai été conduit à son emploi par l'analogie des observations sur l'action de l'eau froide dans les fractures compliquées, que j'ai publiées dans le numéro précédent de ce journal. Qu'on ne croie pas cependant que l'immersion du doigt dans un vase plein d'eau, ou bien l'application de compresses trempées dans ce liquide, puissent remplacer l'aspersion continue que je viens de conseiller. J'en ai fait moi-même l'expérience. Dans l'immersion, le soulagement n'est que momentané, car la position inclinée du doigt facilite la congestion sanguine vers la partie ; aussi les souffrances reparaissent-elles. Dans l'emploi répété des compresses trempées d'eau froide, le soulagement est aussi moins marqué que par l'aspersion, car la chaleur fébrile du doigt sèche et échauffe immédiatement le linge ; de là la nécessité de changer continuellement les compresses, ce qui n'est pas sans inconvénient ni sans douleur. L'aspersion continue d'eau froide peut donc être ajoutée à la liste des meilleurs remèdes que l'on possède déjà pour traiter efficacement les panaris.

Je viens de traiter aussi avec un succès étonnant, par l'eau froide, un jeune homme, rue Neuve-des-Mathurins, n° 13, atteint d'une blessure grave de l'œil, faite par un instrument pointu. Je pense que ce moyen peut être employé avec avantage dans beaucoup de maladies chirurgicales.

ROGNETTA.

CHIMIE ET PHARMACIE.

—

Considérations sur le danger des modifications successivement introduites dans les formules.

Monsieur le rédacteur, en vous adressant la thèse (1) que je viens de soutenir à l'École de Pharmacie, après de longs retards indépendans de ma volonté, je vais chercher à remplir une promesse déjà fort ancienne : celle de vous exposer succinctement les idées sur lesquelles elle roule, idées qui me semblent se lier au point de vue que renferme le cadre de votre journal.

Vous vous efforcez, et je vais citer les expressions même de votre recueil, de *renouer la chaîne des temps, brisée par le système anatomo-physiologique ;* vous cherchez à remettre en honneur les agens thérapeutiques, *en vous arrêtant aux faits et à leurs conséquences rigoureuses, sans avoir la prétention de remonter à leurs causes premières ;* vous voulez, en un mot, *remédier au défaut actuel d'idées positives sur la valeur réelle des agens thérapeutiques.* Pour y arriver, cherchant à mettre à profit l'expérience de siècles passés et à relever *la science antique du mépris sous lequel elle est comme annihilée,* vous répétez avec conscience les observations de nos pères, et vous tentez de discerner là où est la vérité, là où est l'erreur, l'illusion.

Oui, ce n'est qu'en partant *des vérités anciennes,* ce n'est qu'en *unissant les idées d'autrefois à celles d'aujourd'hui,* qu'en *tenant compte de ce qu'elles ont de rationnel, que la science pourra exister et devenir progressive.* Autrement il faudrait admettre qu'on doit en reconstruire l'édifice depuis la première pierre, ou qu'aujourd'hui elle n'est encore qu'au berceau : cette opinion me paraît fausse et fâcheuse tout à la fois.

Ce n'est pas sur le terrain de l'observation médicale que je veux vous suivre ; mais, me renfermant dans mon rôle, je chercherai à vous faire apprécier que votre but ne saurait être atteint, si la pharmacie ne marchait d'accord avec la thérapeutique.

En pharmacie, comme en médecine, on s'est un peu trop écarté peut-être des traditions du passé, et, mettant le raisonnement à la place de l'expérience, on a dénaturé la plupart des recettes consacrées, de manière à les rendre souvent méconnaissables. Une fois entré dans cette voie, il était difficile de s'arrêter ; aussi chaque jour apporte-t-il quelque modification nouvelle, offerte comme une amélioration, et le danger immédiat qui en résulte est de rendre les bases de la thérapeutique mobiles, de s'opposer à ce qu'elle puisse être une science ; en un mot, dans une foule de cas, *vous bâtissez sur le sable.*

Comment lier les observations anciennes aux nouvelles, si l'objet en expérimentation n'est pas le même? et c'est là ce qui a lieu dans bien des cas. J'ai essayé dans ma dissertation de le prouver par de nombreux exemples. Je me suis attaché à démontrer que la modification, la plus innocente en apparence, peut apporter des différences essentielles dans la nature ou le mode d'action d'un composé pharmaceutique. Cela est si vrai, qu'un composé chimique même, sans varier dans la proportion de ses élémens, peut offrir des médicamens différens dans la forme, différens aussi par les propriétés. Le Mémoire *de M. Durand, sur la magnésie,* dont j'ai donné, dans le *Journal de Pharmacie,* une traduction que vous avez publiée par extrait, nous en offre un exemple d'autant plus saillant qu'il est fort simple, et qu'il s'adresse à un de ces corps qui semblent être peu susceptibles d'altérations. Voici le fait :

Il existe une différence physique très-notable entre la magnésie française et la magnésie anglaise *dite de Henry.* La première, moins onctueuse au toucher que l'autre, est bien plus légère qu'elle, et se délaye moins facilement dans l'eau, qu'elle surnage. C'est sans doute la propriété contraire qui a valu à la magnésie de Henry quelque préférence de la part de ceux qui font usage de ce médicament. Eh bien ! cette différence, due à un tour de main très-simple dans la préparation que l'on connaît aujourd'hui, a plus d'influence sur la nature du médicament que l'on ne pourrait le supposer au premier abord.

La magnésie légère est soluble dans les acides les plus faibles, et sous ce rapport elle remplit parfaitement le but auquel on la destine, lorsqu'on l'emploie comme absorbant. La magnésie pesante, au contraire, est indissoluble dans les acides faibles, et n'est attaquée que par des acides un peu concentrés ; son action dans l'estomac semble alors devoir être restreinte à celle d'un corps inerte et indigeste. Dans tous les cas, elle ne peut être la même que celle de la magnésie légère : ainsi donc, par suite d'une petite modification dans la préparation, voici deux médicamens différens, quoiqu'ils soient chimiquement identiques.

S'il en est ainsi pour des composés minéraux d'une nature bien déterminée on conçoit sans peine que de légères variations puissent avoir une influence bien plus sérieuse sur les composés organiques, dont la susceptibilité est beaucoup plus grande. Je rappelle, à cette occasion, que les plus récens travaux en chimie nous ont révélé mille phénomènes qu'on n'aurait pu soupçonner et qui viennent prouver ce que j'avance. La production encore inexpliquée des corps isomères, c'est-à-dire différens par leurs propriétés chimiques et physiques, quoiqu'identiques dans leur composition élémentaire, et cela dans des circonstances très-analogues; le rôle si remarquable que joue l'eau dans une foule de réactions ; la facilité avec laquelle elle est ramenée à ses élémens pour faire partie de combinaisons nouvelles, nous font sentir la nécessité de la plus scrupuleuse exactitude dans l'exécution des formules, si nous voulons arriver à des résultats comparables et identiques.

Je cherche à prouver que le discrédit dans lequel sont tombés la plupart des agens thérapeutiques, tire moins sa source de la variation des systèmes qui se partagent la médecine, que de l'absence d'identité dans les produits de la

---

(1) Cette thèse a pour titre : *Sur le danger des modifications successivement introduites dans les formules et les pratiques de la pharmacie.*

pharmacie. Cette absence d'identité tient à plusieurs causes, et surtout à ce qu'on a voulu faire suivre à la pharmacie les progrès des sciences, sans penser que toute formule dont l'effet est constaté doit rester stationnaire, ne doit plus varier. Loin de là : à mesure que les sciences ont fait concevoir des idées plus saines sur la nature des corps composés, et particulièrement sur celle des produits organiques, on a voulu discuter les formules, les simplifier, déterminer quel est le corps qui agit pour le séparer de celui qui est inerte. Ce système de dissection, ce besoin de rechercher les causes, sont aussi dangereux en fait de matière médicale, qu'en médecine proprement dite; ils conduisent nécessairement à l'anéantissement du passé, de ses expériences et de ses enseignemens.

Porter l'analyse dans la matière médicale pour en faire sortir des agens nouveaux, pour y trouver des ressources qui nous manquent, rien de mieux; mais se servir de l'analyse pour contrôler des résultats établis, pour déterminer si la réputation de tel ou tel remède est fondée, pour reconstruire les formules dans le sens des découvertes modernes, c'est une idée qui doit être rejetée, car l'instabilité n'aurait plus de bornes.

Dans les sciences, ce qui est vrai aujourd'hui est incomplet demain. Ainsi l'on a cru depuis quelques années, et cette idée pouvait séduire, qu'il existait dans chaque composé organique un principe actif par excellence, et susceptible, dans la plupart des cas, d'être séparé à l'état pur et cristallin. Chacun alors de vouloir substituer ces nouveaux corps à ceux qui les produisent dans l'idée d'une précision plus grande dans les agens. Les sciences marchent, et nous voyons sortir d'une source unique des matières multiples et diverses dans leurs effets : nous voyons la morphine, regardée long-temps comme le principe actif de l'opium, forcée de partager sa faveur avec la codéine, et peut-être avec d'autres encore; car l'opium nous offre déjà au moins cinq substances différentes et cristallisables. La morphine n'est donc pas l'opium, et ne peut, dans tous les cas, être employée comme son succédané.

Sans pousser aussi loin les conséquences de l'analyse, on a voulu appliquer à des préparations anciennes des méthodes nouvelles fondées sur de modernes observations. Ainsi la solubilité dans l'alcool, plus grande que dans l'eau de la plupart des principes actifs organiques, a conduit à proposer, pour la préparation des extraits, l'emploi simultané de l'eau et de l'alcool. On a vanté par-dessus tous les autres, les extraits hydroalcooliques, comme offrant la réunion de toutes les parties constituantes du végétal, à l'exception du ligneux. Il en est résulté de deux choses l'une : ou le produit est plus actif, et alors ce n'est pas l'objet ni la base des observations anciennes; ou bien et c'est ce qui a lieu le plus souvent, il est moins actif à poids égal, parce que l'action de l'alcool, augmentant de beaucoup la quantité de la matière dissoute, accroît la masse dans une proportion plus grande encore que l'activité. Cette dernière observation, qui se trouve développée dans un mémoire sur les préparations de quinquina, qui m'est commun avec mon père, a reçu une confirmation nouvelle des expériences plus récentes de M. Soubeiran sur le ratanhia.

J'ai voulu exprimer, par ce qui précède, que les questions d'analyse deviennent tellement complexes qu'on est aujourd'hui forcé de tenir compte de tant d'élémens d'action, que des forces, qui semblaient indifférentes autrefois, sont regardées maintenant comme les causes d'effets si intenses, que l'on ne doit accueillir qu'avec doute les données des analyses appliquées aux médicamens. Le doute, rien que le doute pour les idées que peuvent faire concevoir à l'avance les résultats analytiques ou les circonstances d'opération! Confiance entière dans l'observation et l'expérience.

Ainsi donc, loin de discuter les formules dont l'efficacité est bien démontrée, on aurait dû s'y attacher avec un soin religieux; au lieu de se guider par des idées théoriques, il eût fallu s'en tenir aux faits établis. Le codex lui-même, qui semblait devoir conduire à l'uniformité, a produit l'effet contraire, parce que, dans une foule de cas, il a trop participé à cet entrainement.

Quels sont les moyens qui pourraient produire cette uniformité si désirable dans la préparation? C'est ce que je chercherai à établir dans un autre article.

POLYDORE BOULLAY.

Des propriétés du Chromate de potasse et de son usage pour la confection des moxas.

M. Jacobson a lu, il y a quelque temps, à l'Académie des Sciences, un mémoire sur le chromate de potasse, qui renferme quelques applications utiles. Le chromate de potasse neutre peut être exposé à une très-haute température sans être décomposé à moins qu'on n'y ajoute du charbon; il rend celui-ci incandescent. Du chanvre, du coton, des cordes ou des toiles, imprégnés d'une solution de ce sel, deviennent très-combustibles et brûlent avec une forte et vive incandescence, et avec un dégagement considérable de chaleur et de lumière. Les oxides du chrôme et ses différens sels jouissent de la même propriété, avec moins d'énergie cependant que le chromate de potasse et de soude. Suivant l'auteur, cette propriété comburante du chrôme pourrait peut-être servir à expliquer quelques phénomènes dont sont accompagnés les aérolithes dans leur chute; car l'on a trouvé le chrôme dans un grand nombre de ces pierres. M. Jacobson a tiré parti de cette propriété du chromate de potasse pour la préparation des moxas. Ceux dont il se sert sont faits avec du papier joseph imbibé d'une solution faite avec une partie de ce sel et 16 parties d'eau. Il fait de ce papier des cylindres de diverses grandeurs et épaisseurs. Ces moxas brûlent sans insufflation, dégagent une chaleur très-vive, et forment une escarre plus ou moins profonde, suivant leur grandeur. L'auteur conseille de préparer aussi des mèches avec le coton, la grosse toile, etc., en le plongeant dans une solution d'une partie de chromate de potasse sur 16 ou 20 parties d'eau. Une propriété importante de ce sel, c'est d'être très-soluble dans ce liquide, et d'être propre à préserver les substances végétales et animales de la fermentation et de la putréfaction; il enlève également l'odeur infecte aux substances putrides.

Le chromate de potasse neutre et le bichromate jouissent des mêmes propriétés. Ce dernier sel surtout l'emporte pour la conservation et la désinfection des substances précitées. La dose est de 1 gros dans 2 livres d'eau, ou d'environ 1 sur 250. Les substances animales ne sont nullement altérées dans cette solution, à l'exception des parties nerveuses. Quant aux propriétés thérapeutiques du chromate de potasse, M. Jacobson l'emploie à l'extérieur comme résolutif, et, s'il est concentré, comme caustique. A l'intérieur, il le donne à la dose de 1 à 2 grains comme émétique. A celle de demi-grain à 1 grain, chaque deux ou trois heures, il provoque des nausées, et peut être employé dans les maladies de poitrine et contre quelques accidens spasmodiques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

—

hydropisie ascite, guérie par l'extrait de la racine de cahinça.

Aucune maladie n'est plus rebelle que certaines hydropisies ascites; aussi tout médicament efficace dans ces cas, doit-il être signalé à l'attention des praticiens. Permettez-moi donc, Monsieur le Rédacteur, de vous communiquer une observation qui prouve que la racine de cahinça possède véritablement la propriété hydragogue qu'on lui attribue. Voici le fait dans ses circonstances les plus saillantes :

Une dame de Moulins, grasse et replette, âgée d'environ cinquante ans, portait depuis long-temps un kyste assez volumineux de l'ovaire, qui, après une course en voiture, devint le siége d'une vive inflammation. A la suite de plusieurs saignées locales qui soulageaient peu, je vis paraitre un point gangréneux au milieu d'une ligne qui, de l'ombilic, se prolongeait jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette escarrhe s'étendit progressivement jusqu'à un pouce de diamètre, fut expulsée, et livra passage à quatre livres au moins d'un liquide noirâtre et à une égale quantité d'une matière puriforme, couleur de lie de vin. Pendant quelques jours il s'écoula par cette ouverture une certaine quantité de cette matière; mais à la fin la plaie ne laissait échapper que de la sérosité, telle qu'elle se forme dans le péritoine.

Après l'expulsion complète de tout liquide étranger, la plaie marcha vers la guérison. La malade se croyait guérie, lorsqu'après la cicatrisation complète de la plaie il survint une ascite considérable, suivie d'une infiltration générale des membres inférieurs.

Le tube intestinal était sain; pour combattre cette nouvelle affection, je mis en usage pendant un mois environ tous les moyens qu'on emploie ordinairement contre l'hydropisie; mais ce fut en vain, je n'obtins pas la plus légère amélioration. Je me décidai alors à donner l'extrait de cahinça que j'avais fait venir de Paris. Je l'administrai d'abord à la dose de douze grains dans la matinée, et je pus aller jusqu'à vingt-quatre grains matin et soir, sans en éprouver le moindre inconvénient. Les bons effets de cette substance se manifestèrent dans les premiers jours. L'infiltration des membres diminua d'une manière sensible, et dans moins de quinze jours la guérison fut assurée. Il y a plus d'un an que ce traitement a été fait, et la malade depuis lors n'a point cessé de jouir d'une bonne santé. S. DE SOLIER, D M. P. (1)

Note sur l'usage médical de la mannite,

Par M. MARTIN SOLON,

Médecin à l'hôpital Beaujon.

Le dégoût que la manne inspire aux malades par sa saveur repoussante, nécessitait un travail chimique dans le but de déterminer si le principe laxatif de ce médicament présenterait la saveur nauséabonde qui rend cette substance si désagréable. Il y a long-temps que M. Thénard nous a fait connaître la *mannite*, matière sucrée particulière qu'il a extraite de la manne à l'aide de l'alcool, et sur les propriétés médicales de laquelle on n'est point tout-à-fait d'accord. Voici les résultats que nous avons obtenus en faisant prendre à quelques malades cette substance que M. Soubeiran a bien voulu nous procurer. Sa couleur blanche, sa cristallisation en aiguilles, sa légèreté, son aspect comme soyeux et un peu analogue à l'acide benzoïque, sa saveur sucrée agréable et l'absence de toute odeur donnaient à ce produit les caractères qui font reconnaître la mannite pure. Les faits suivans ont été recueillis sous nos yeux par M. Letertre-Vallier.

Embarras gastrique. — Obs. I. Un jeune homme âgé de vingt ans, couché en la salle Saint-Jean de Beaujon, affecté d'embarras gastrique avec céphalalgie vive, prit le 31 mars, à une heure de l'après-midi, une once de mannite dissoute dans deux onces d'eau. L'ingestion du médicament fut suivie de coliques légères, quatre heures après d'une première selle peu abondante, et d'une nouvelle évacuation alvine deux heures après la première.

1er avril : légère amélioration, même prescription, pas d'évacuation. 2 avril : une once et demie d'huile de ricin procure trois garderobes et détermine la convalescence du malade.

Obs. II. Une femme de trente-un ans, couchée à la salle Sainte-Eulalie, pour une affection analogue, prit également le 31 mars une once de mannite; elle eut d'abord des vomissemens bilieux, puis une garderobe de même nature douze heures après l'ingestion du médicament.

Le 2 avril, une once de mannite occasionna deux garderobes bilieuses, et la santé se rétablit.

Obs. III. Une femme âgée de quarante-un ans, couchée à la salle Sainte-Thérèse, affectée depuis long-temps de con-

---

(1) M. le docteur Solier qui a exercé plusieurs années avec distinction la médecine à Moulins, est aujourd'hui médecin à Mexico où ses connaissances positives lui ont acquis en quelques mois une position aussi honorable qu'avantageuse. (*Note du Réd.*)

gestion cérébrale qui avait nécessité l'emploi d'évacuations sanguines, avait la langue couverte d'un enduit jaunâtre, la bouche pâteuse, amère, des nausées et de la constipation; le pouls était fréquent, la chaleur âcre, surtout à l'abdomen; l'épigastre présentait une vive douleur. Nous lui prescrivîmes le 2 avril une once de mannite; elle eut six garde-robes; elle se trouva soulagée; la fièvre était considérablement diminuée, ainsi que la douleur épigastrique. Le 4, elle prit une once d'huile de ricin, qui produisit une superpurgation dont les effets persistèrent pendant vingt-quatre heures, mais qui ne retarda pas l'entier rétablissement de la malade.

Péritonite. Obs. IV. Une jeune fille de dix-neuf ans entra à la salle Sainte-Eulalie le 5 février, tourmentée d'une constipation opiniâtre existant depuis six jours, et qui avait fini par s'accompagner d'accidens inquiétans. Le facies était un peu grippé, la malade était fatiguée de hoquets, de soif, de nausées; le ventre était tendu, douloureux à la plus légère pression; le pouls petit, fréquent; la peau sèche et chaude, etc. L'examen de la malade et ses réponses nous convainquirent que la légère péritonite qu'elle présentait était causée, ainsi que nous l'avions déjà vu dans d'autres cas, par la distension du canal intestinal. Au lieu d'avoir recours inutilement aux évacuations sanguines, nous pensâmes que l'indication la plus importante était de faire cesser la constipation, et que la mannite arriverait à ce but sans augmenter l'inflammation du péritoine. Nous prescrivîmes une once de cette substance le 6 février. Deux heures après la malade eut deux petites selles, à la suite de très-légères coliques; et, le 7 février, il y eut une diminution sensible de tous les accidens.

Le 9 février, les garderobes ayant cessé de nouveau, et le ventre commençant à devenir le siége de quelques nouvelles douleurs, nous donnâmes deux onces de manne, afin de comparer chez un même sujet l'action de cette substance et celle de la mannite. La malade eut dans la journée quatre selles abondantes qui succédèrent à de très-légères coliques. Les douleurs abdominales cessèrent entièrement, et pendant son séjour à l'hôpital cette jeune fille continua à jouir d'une bonne santé.

Nous avons employé également la mannite pendant la convalescence de bronchites et de pneumonies avec un succès presque toujours aussi complet. Cependant ce médicament, donné à cette faible quantité d'une once à des adultes, a échoué complétement dans les deux cas suivans: 1° chez une femme atteinte d'ascite et qui faisait usage de l'eau-de-vie allemande à la dose de trois gros. Nous voulions constater si, chez elle, l'habitude de purgatifs énergiques rendrait nulle l'action de la mannite; le résultat nous a en effet prouvé que, dans ce cas, la mannite était sans effet; 2° il en fut de même chez une femme âgée de trente ans, couchée dans la salle Sainte-Eulalie, et affectée de *phlegmasia alba dolens*. La mannite lui occasionna quelques légères coliques, mais ne procura pas d'évacuation alvine.

Malgré ces deux résultats négatifs, dont la manne et l'huile de ricin, à la dose d'une once, donnent souvent aussi des exemples, il est indubitable que l'on peut regarder la mannite comme un laxatif qui mérite de trouver place dans la matière médicale, à coté des deux substances dont nous venons de parler. Si nous avions eu à notre disposition une plus grande quantité de mannite, nous en aurions pu quelquefois prescrire deux onces, et il est probable que nous n'aurions pas eu d'insuccès à compter.

La mannite a sur la manne et l'huile de ricin le très-grand avantage d'avoir une saveur sucrée agréable. Tous les malades qui en ont fait usage l'ont prise avec plaisir, excepté quand, par mégarde, on la leur a donnée froide, parce qu'alors elle se prend en masse. On peut l'administrer très-commodément à la dose d'une à deux onces, dissoute dans deux à quatre onces d'eau bouillante aromatisée selon le goût du malade. On peut l'ajouter aux mêmes doses dans les potions purgatives ordinaires auxquelles elles communiquera une saveur sucrée, franche, au lieu de leur donner ce goût nauséabond qui rend ces préparations si désagréables aux malades, lorsqu'elles contiennent de la manne. La mannite présente encore sur la manne et l'huile de ricin cet avantage, c'est qu'elle est toujours identique; que par conséquent son action ne peut varier, tandis que les autres substances, rances ou altérées, sont souvent infidèles dans leurs effets. Sous ce rapport, la mannite serait d'un grand avantage dans les cas où, comme dans les observations troisième et quatrième, l'indication d'évacuer le canal intestinal existerait avec la crainte d'augmenter l'irritation abdominale. Sans doute le calomel peut être donné dans ce cas, mais je lui croirais encore la mannite préférable. Ce que nous avons observé de l'usage de ce médicament et les faits que nous avons rapportés engageront peut être quelques praticiens à répéter nos essais.

Nous aurions désiré essayer les résidus de la manne qui avait servi à préparer la mannite dont nous avons fait usage; mais ils n'existaient plus lorsque nous les avons demandés.

On est déjà parvenu à retirer la mannite du céleri et du suc de betterave. Si des substances d'un prix aussi peu élevé pouvaient donner des quantités suffisantes de mannite, cette substance deviendrait d'un usage aussi commun qu'utile: ce serait un nouveau service rendu par la chimie à la thérapeutique.

MARTIN SOLON.

Du traitement de l'entorse par la compression et l'appareil des fractures.

L'on se borne généralement à l'application des remèdes répercussifs locaux lorsqu'on est appelé au moment d'une entorse; l'on prescrit le repos de la partie, et puis on a recours à des médicamens anti-phlogistiques aussitôt que la réaction inflammatoire se manifeste; c'est là à peu près la pratique de tous les chirurgiens. Ce mode de traitement n'empêche pas cependant certaines entorses, surtout celles du pied et du poignet, d'avoir quelquefois des suites fâcheuses. Soit par l'indocilité des malades, soit par mauvaise prédisposition cachée de la constitution des individus, une inflammation et un gonflement douloureux chroniques s'emparent assez souvent de l'articulation violentée; d'où résultent des dégénérescences plus ou moins graves que tous les praticiens

connaissent. J'ai remarqué surtout que, dans le plus grand nombre des cas, les saignées locales, produites par les sangsues, ne diminuaient aucunement l'intensité du mal ; j'ai vu au contraire l'articulation, se gonfler davantage, et devenir plus douloureuse par l'irritation que les piqûres des sangsues occasionnaient à la peau. La raison de cela tient à la nature des parties qui sont enflammées dans ces cas, et qui les rend presque sourdes aux évacuations sanguines qu'on procure, soit avec les sangsues, soit autrement. Les ligamens, les fibro-cartilages, les membranes synoviales, les gaines de tendons, les aponévroses et le tissu cellulo-graisseux, une fois phlogosés par suite de la distension qu'ils ont éprouvée dans l'entorse, ne retirent aucun avantage de l'application des sangsues. Aussi des chirurgiens habiles suivent-ils souvent une marche différente de la précédente dans le traitement de l'entorse.

M. Dupuytren a pour pratique dans ces cas, 1° d'entourer la partie de compresses trempées dans une liqueur résolutive (l'eau blanche) ; 2° de mettre le membre dans un appareil à fracture, comme s'il y eût fracture, Le membre reste ainsi dans l'appareil une quinzaine, une vingtaine de jours, plus ou moins, suivant le degré de l'entorse. Au bout de ce temps on ôte l'appareil, et l'entorse se trouve ordinairement guérie. Il y a deux choses à noter dans ce mode de traitement : 1° *la compression* salutaire exercée par l'appareil à fracture, qui prévient l'afflux des humeurs dans la partie violentée ; 2° *le repos absolu* que le malade est obligé de garder par suite de cet appareil, condition essentielle, comme on sait, pour que la guérison se fasse promptement et sans accident.

Partant de principes pareils aux précédens, M. Larrey a adopté la méthode suivante pour traiter les entorses. Il enveloppe artistement la partie de plusieurs compresses longuettes, trempées dans un mélange de quatre blancs d'œufs battus et d'une certaine quantité d'eau-de-vie camphrée ; il maintient le tout avec une longue bande qu'il serre autour de l'articulation et des parties contuses ; les derniers tours de cette bande sont cousus en place à l'aide de quelques points d'aiguille Le membre reste ainsi dans l'appareil inamovible et dans le repos pendant quinze jours. A cette époque, on ôte les linges, et l'entorse se trouve ordinairement guérie. Je dois ajouter qu'avant de poser cet appareil, M. Larrey a l'habitude d'appliquer deux ou trois ventouses scarifiées sur l'articulation blessée ; mais je ne sais si ce moyen préliminaire est absolument indispensable pour la guérison de l'entorse récente. V.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Considérations sur le danger des modifications successivement introduites dans les formules.

(Deuxième Partie.)

Dans mon précédent article j'ai cherché à faire apprécier le danger qu'il peut y avoir à reporter sur des formules consacrées par le temps ou l'expérience les modifications dont les progrès des sciences suggèrent incessamment l'idée. Je me suis efforcé de démontrer quels avantages, quelle certitude résulteraient pour la thérapeutique de l'emploi de formules invariables dans la préparation des médicamens. Il me reste à indiquer quels sont les moyens les plus propres à produire l'uniformité en pharmacie.

Dans l'état actuel des choses, si l'uniformité n'existe réellement pas, si dans beaucoup de cas un même nom désigne des composés qui ne sont pas identiques, le médecin instruit n'en arrivera pas moins au résultat qu'il désire : il peut exprimer son intention d'une manière formelle, et s'il a quelque doute, il doit puiser dans les rapports habituels avec le pharmacien les lumières qui peuvent éclairer sa conscience et le conduire au but qu'il veut atteindre.

Pour l'avenir, l'uniformité dans la préparation ne peut résulter que de l'esprit même qui présidera à la revision désirée du formulaire légal et de la régularité introduite dans la disposition des formules.

Si le Codex nouveau, soit qu'il traite des préparations sanctionnées par le temps, soit qu'il introduise celles qui ont été plus récemment mises en usage avec un succès non contesté, est dirigé dans cette voie d'amélioration et de perfectibilité indéfinie dont j'ai signalé les fâcheuses conséquences, il sera sans puissance, sans force ni autorité : comme celui qui l'a précédé, il sera dépassé par la marche naturelle et progressive des sciences. Son remaniement deviendra perpétuellement nécessaire à des époques peu éloignées.

Si les formules y sont inscrites, au contraire, comme l'expression exacte des résultats de l'expérience et de l'observation médicale, quand l'interprétation en serait difficile ou même impossible, ce recueil aura chance de durée et d'autorité : il pourra rester invariable à l'avenir, et offrir à la thérapeutique une base assurée. Les faits nouveaux, dignes d'être adoptés, loin de reporter leurs conséquences sur les recettes établies, ne feront qu'en accroître le nombre, et devront être enregistrés, après une sanction convenable, dans des supplémens officiellement publiés. Dès lors ces formules nouvelles feront elles-mêmes partie de la pharmacie invariable, et ne devront pas plus admettre de modifications dans leur forme que celles qui les auront précédées.

Le travail de révision du Codex, tel que je l'envisage ici, présente toutefois plus de difficultés qu'on ne l'imagine au premier abord. Les formules anciennes sont souvent multiples elles-mêmes et dans beaucoup de circonstances elles n'offrent pas toute la précision désirable. C'est dans le choix à faire qu'il faut prendre garde de se guider sur des idées préconçues ou basées exclusivement sur l'analyse chimique : on doit, au contraire, s'en rapporter particulièrement à l'appréciation qui résulte des faits thérapeutiques les mieux établis et à la comparaison des produits eux-mêmes.

Quant aux moyens de donner aux formules cette régularité qui leur manque, ils doivent tendre essentiellement à apporter au mode d'opérer une précision pour ainsi dire mathématique, à laquelle on ne s'est jamais attaché ; et à ménager le temps et les matières autant que peuvent le permettre l'exactitude la plus scrupuleuse et la conscience la plus susceptible. Si l'on pouvait, sous ce rapport, atteindre pour ainsi dire la dernière limite de l'exactitude, sans s'écarter de l'esprit des formules, on sent que l'uniformité

serait la conséquence naturelle de ce fait, puisque l'on arriverait à mettre d'accord l'intérêt et le devoir.

Une méthode, par exemple, qui, par la facilité avec laquelle elle pourrait se plier aux exigences diverses des formules, permettrait de ne pas en altérer le principe; qui, dans le traitement des matières par divers véhicules, donnerait le moyen d'obtenir la presque totalité des produits en resserrant la masse des liqueurs dans les limites strictement nécessaires; qui réduirait toutes les chances d'altération résultant de l'expression, de la filtration, de la macération; qui, en un mot, donnerait les produits les plus abondans et les meilleurs tout à la fois, en introduisant dans le mode une exactitude absolue : cette méthode, dis-je, me semblerait essentiellement propre à conduire à l'uniformité toutes les fois qu'elle serait applicable.

Dans un grand nombre de cas, je crois que ce résultat important peut être facilement atteint. On en pourra trouver la preuve dans un mémoire qui m'est commun avec mon père, et qui a été publié dans le *Journal de Pharmacie* (juin et août 1833). Nous avons cherché à donner un exemple du genre de travail qu'il faudrait appliquer à la révision des formules en prenant pour type les préparations de quinquina; nous pensons avoir démontré, par exemple, que les décoctions ou les macérations plus ou moins prolongées ne produisent pas en général plus d'effet qu'un simple lavage, soit à froid, soit à chaud, exécuté sur un entonnoir par le procédé que nous avons nommé *méthode de déplacement*, et qui est calqué sur le jeu de la *cafetière à la Dubelloy*. Nous avons prouvé en outre que l'expression des matières mouillées par divers véhicules pour préparer les infusions, les teintures, les vins médicinaux, les extraits, est loin de séparer la totalité des liqueurs dont elles sont imprégnées. La perte importante qui en résulte, et qui, dans quelques cas, s'élève au quart du produit, a été dans plusieurs autres diminuée par la masse même des véhicules. On les a employés à haute dose pour parer à ce déchet; ainsi l'on n'échappe à un inconvénient que pour retomber dans un autre. Tous ces défauts disparaissent par l'application de la méthode de déplacement, qui, en écartant la plupart des causes habituelles de perte et d'altération, permet d'établir les formules sur des bases en quelque sorte mathématiques, c'est-à-dire avec une régularité parfaite. Aussi avons-nous foi que ce procédé, dont nous voulons poursuivre toutes les conséquences ne peut manquer d'être adopté dans la rédaction d'un nouveau Codex. Déjà même plusieurs pharmaciens paraissent en avoir apprécié la valeur et l'importance.

Une fois ce dernier mot dit sur les formules qui nous ont été transmises ou sur celles qui sont aujourd'hui connues, une fois le domaine de la pharmacie *invariable* établi, il serait important que l'on s'habituât à regarder toute modification apportée à la composition ou à la préparation d'un médicament, comme donnant naissance à un produit nouveau; encore faudrait-il être sobre d'innovations, si l'on veut faire de la thérapeutique une science véritable.

Dès lors tout produit réellement nouveau, fût-il en apparence le principe actif de la substance qui le fournit, devra être considéré comme un médicament nouveau et bien distinct de ceux qui sont connus ou desquels il dérive. C'est sur ce point de vue que j'ai cherché à ramener l'attention et à bien fixer les idées.

Sans doute, et je suis loin de le méconnaître, la plupart des remèdes chimiques nouveaux ont un cachet de précision qui ne peut manquer de donner beaucoup de certitude à l'étude des nouveaux agens thérapeutiques, et de rendre surtout plus facile l'appréciation de leur valeur; mais ce n'est pas un motif pour sacrifier tout le passé, pour rejeter des médicamens éprouvés, parce que l'analyse ne peut en déterminer l'essence, ou pour y introduire des modifications fondées sur des idées théoriques et capables d'en altérer la nature.

Polydore BOULLAY.

Note sur la mannite extraite du céleri-rave,

Par M. PAYEN.

Dans un travail entrepris il y a quelques années et que je m'occupe de continuer maintenant, je me suis proposé de rechercher dans les végétaux les principes immédiats dont l'abondance, la facile extraction ou le prix commercial pourraient donner lieu à des exploitations agricoles et industrielles.

Déjà j'ai fait voir que, dans les tubercules des topinambours et des dalhias, le principe immédiat le plus abondant est l'inuline, substance transformable en sucre par divers acides, mais sur laquelle la diastase est sans action.

Que le sucre des melons est cristallisable et identique avec celui des betteraves et de la canne à sucre.

Enfin, M. Henri et moi nous avons constaté que la *batate douce* contient à la fois le même sucre cristablisable et de la fécule d'une saveur aussi agréable que les fécules exotiques les plus estimées.

M. Tollard ayant bien voulu me remettre dernièrement une racine de céleri-rave pour l'examiner sous ce point de vue, je reconnus qu'elle ne contenait pas d'amidon ni d'inuline, mais que la mannite y existait en grande porportion, accompagnée d'une substance azotée coagulable, de quelques sels et de traces d'huile essentielle.

Ce fut non-seulement la proportion de mannite qui me parut remarquable, mais encore la facilité de son extraction. Voici le procédé auquel je me suis arrêté, et qui pourrait être suivi en grand.

A l'aide d'une râpe la racine est réduite en pulpe; on soumet celle-ci à l'action graduée d'une forte presse. Le suc exprimé est très-visqueux; on le porte à l'ébullition, une écume abondante se sépare et la viscosité disparait.

La substance ainsi coagulée par la chaleur, recueillie sur un filtre lavé et séché, donne à la calcination les produits des matières azotées; elle formait les 0,04 du sucre employé.

Le liquide séparé de l'écume passe sur un filtre de charbon d'os en grains, est alors rapidement rapproché en consistance sirupeuse, puis abandonné dans un endroit frais.

Il se prend par le refroidissement en une masse de cristaux irradiés d'une foule de centres espacés assez régulièrement.

Cette masse, soumise à une pression lentement accrue, donne directement la mannite en cristaux blancs aiguillés, qu'une seule épuration, faite en l'humectant et pressant de nouveau, rendrait assez purs pour tous les usages économiques.

Dissoute dans l'alcool à chaud, elle s'en sépare en refroidissant, et donne des cristaux allongés réunis par groupes formant des aigrettes brillantes.

La mannite formait environ les 0,07 du suc exprimé; cette proportion peut varier suivant le sol, les soins de culture, la saison, etc. Je m'occupe de noter ces circonstances, afin de savoir sur quelle quantité de mannite on pourrait compter relativement à des superficies connues de terre cultivée convenablement.

Quoi qu'il en soit, il me paraît désormais certain que la mannite est le principe immédiat le plus abondant dans la racine du céleri-rave, et qu'il en serait beaucoup plus économiquement obtenu et plus pur que du traitement de la manne.

La saveur douce et agréable de cette espèce de sucre, ses qualités *pectorales* observées par plusieurs habiles praticiens, semblent devoir lui assurer une consommation importante, si l'on parvient à l'obtenir aussi économiquement que ces premiers essais peuvent le faire présager.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Blessés des 13 et 14 avril

Comme cela arrive toujours, les hôpitaux nous ont présenté les déplorables et sanglans résultats de la guerre civile qui a alarmé la capitale. Heureusement le combat n'a point été long, et le nombre des victimes a été par conséquent peu considérable. Si les relevés qui ont été faits sont exacts, l'on peut évaluer à quatre-vingt-dix ou cent les blessés de cette triste lutte. L'Hôtel-Dieu en a reçu 21, dont 2 femmes; l'hôpital Saint-Louis 17; le Val-de-Grâce 8. Quant aux autres blessés, ils ont été traités à domicile.

La plupart des blessures ont été graves; à l'Hôtel-Dieu surtout il n'est presque pas un malade qui n'en présente plusieurs. Nous avons vu au n° 10 de la salle Sainte-Marthe un maçon de trente-trois ans, qui a essuyé seul la décharge de tout un peloton; il a reçu huit balles dans les deux mains; une balle lui a traversé les parties molles de l'épaule, et une autre la cuisse. Cet homme est dans le meilleur état; sa vie est hors de danger; mais il perdra à jamais l'usage de ses mains. A la salle Sainte-Jeanne, n° 27, est un doreur sur métaux, qui a reçu cinq coups de baïonnette, un dans l'œil, les autres dans la poitrine et le ventre; il est maintenant sans fièvre et guérira. Au n° 15 de la même salle est un chapelier de vingt-six ans, atteint d'une balle à l'épaule et d'un coup de baïonnette à la cuisse; il est dans un état satisfaisant, ainsi qu'un lunetier de dix-huit ans, qui a reçu une balle à la cuisse, et un teinturier de vingt-un ans, auquel un coup de feu a fracturé le radius.

Mais les deux blessés qui devaient nous inspirer le plus d'intérêt sont deux étudians en médecine, du département d'Ille-et-Vilaine, l'un âgé de vingt-trois ans, l'autre de vingt-quatre, tous deux compatriotes et amis, et couchés dans des lits voisins, aux n°s 28 et 30 de la salle Sainte-Jeanne. Le premier avait été frappé de deux balles dans la rue Saint-Martin: l'une avait traversé la cuisse gauche à sa partie inférieure, dans le trajet de l'artère poplitée; l'autre avait labouré le talon. Une violente hémorrhagie avait eu lieu par la première plaie, mais elle s'était arrêtée, et pendant huit jours le malade donnait quelques espérances; mais, l'escarrhe s'étant détachée, une hémorrhagie foudroyante a eu lieu, et malgré la ligature de l'artère crurale, ce malheureux jeune homme a succombé.

Son ami existe encore, et tout fait espérer qu'il se rétablira. Mais quel est son état? Trois balles avaient frappé à la fois son bras gauche, le coude était fracassé, toute la partie supérieure de l'humérus privée de parties molles; il avait de plus une balle et deux coups de baïonnette dans le ventre. Après avoir combattu avec bonheur deux péritonites successives, M. Sanson a pratiqué à ce jeune homme la désarticulation du bras. Il y a déjà plus de huit jours que cette opération a été faite; aucun accident sérieux ne s'est manifesté.

Quelles réflexions tristes et cruelles feront naître dans l'esprit de nos lecteurs les deux derniers faits que nous venons de rapporter! car plusieurs d'entre eux ont peut-être des fils dans nos écoles.

De l'épilepsies aturnine et de l'Hypertrophie du cerveau.

Nous appelons l'attention des médecins, sur un point de pathologie de la plus haute importance, qui est à peu près complétement ignoré; nous sommes amené à publier nos observations à cet égard par deux faits qui se sont présentés récemment à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Martin Solon.

Ce médecin a eu à traiter cette année un grand nombre d'affections occasionnées par les émanations du plomb; parmi ces malades, il s'en est trouvé deux dans l'espace de trois mois qui ont offert des phénomènes tout-à-fait insolites et une terminaison non moins rare dans ces maladies: *la mort*. Les accidens se sont pressés avec une telle rapidité, et ont présenté dans les deux cas une telle conformité de caractères que les élèves et le maître en ont été à juste titre étonnés. Voici ce qui a eu lieu:

Deux ouvriers de 25 à 30 ans, travaillant au blanc de céruse, n'ayant jamais eu d'attaques d'épilepsie, d'après des renseignemens exacts, et jouissant d'une bonne santé la veille, sont pris tout à coup, au milieu de leur travail, d'accidens épileptiques violens, et sont apportés dans cet état à l'hôpital. Malgré les sangsues, les saignées du bras et de la jugulaire, les dérivatifs, en un mot le traitement le plus énergique, ils ne reprennent point l'usage de leurs sens. Deux et trois fois dans la journée leurs membres se raidissent et sont agités de mouvemens convulsifs et ils expi-

rent, l'un le second jour, l'autre le troisième au milieu d'une attaque.

Ces observations, dont les traits sont pour moi tout-à-fait saillans et caractéristiques, sont une nouvelle preuve que les *émanations du plomb peuvent amener l'épilepsie et que l'épilepsie saturnine est toujours promptement mortelle.*

Il y a près de dix ans que j'ai eu l'occasion, pour la première fois, d'observer l'épilepsie saturnine ; c'était à la clinique du célèbre Laënnec. L'individu mourut à la troisième attaque. Depuis lors cette affection s'est présentée à moi dans huit autres circonstances, et toujours la mort en a été la suite ; de telle sorte qu'il m'est arrivé deux ou trois fois dans les hôpitaux de pronostiquer une mort certaine chez des peintres en bâtimens ou des broyeurs de céruse, uniquement d'après une attaque épileptiforme qui paraissait à d'autres n'avoir aucune gravité : toujours l'événement est venu confirmer mes prévisions. Je ne tire pas pour cela la conséquence absolue qu'il ne puisse pas arriver autrement ; je me borne à dire ce que j'ai vu, afin d'attirer l'attention des médecins sur un sujet neuf et qui mérite d'être étudié.

Mais ce qui n'est pas moins remarquable, c'est la lésion, l'unique lésion qu'on trouve dans les cas d'épilepsie saturnine, et qui est constante chez tous les malades qu'on a observés; cette altération c'est l'*hypertrophie du cerveau.* Quand on a enlevé la boîte osseuse et incisé les meninges, les circonvolutions cérébrales se présentent complétement aplaties, toutes les anfractuosités sont pour ainsi dire effacées. La substance de l'organe est blanche et compacte, et les ventricules affaissés et presque toujours vides. La masse encéphalique est ferme, dense et lourde plus qu'à l'ordinaire ; elle semble trop grande pour la boîte osseuse de laquelle on vient de l'enlever.

Cet état du cerveau a été constaté chez le dernier malade, observé par M. Martin Solon ; quant à l'autre, comme l'attention n'était fixée ni sur la nature du mal, ni sur la lésion, on n'a point conservé de note exacte sur son état ; mais il est à peu près certain qu'il devait être tel que nous l'avons trouvé dans les autres cas.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

AVRIL 1834.

De la composition de quelques substances organiques.

Par MM. BLANCHET et SELL.

Extrait des Annales de pharmacie, tom. VI, cahier 3.

HUILES DE TÉRÉBENTHINE.

A. *Huiles de térébenthine des Vosges.*

M. le docteur Mougeot de Bruyères, connu par sa collection de cryptogames des Vosges, a eu la complaisance de nous envoyer de cette contrée de la térébenthine, en nous indiquant en même temps sa préparation. Voici ce qu'il nous a communiqué par écrit :

L'écorce des *abies pectinata* (Decand.), *pinus picea* (L.), s'enfle un peu en été, forme des endroits saillans, qui, remplis de térébenthine, sont percés avec le bout pointu et ouvert d'une corne; la corne, fermée par l'ouverture large, se remplit bientôt de poix qu'on recueille en la faisant écouler. Les habitans du pays l'appellent poix claire, pour la distinguer de la poix dure que leur fournissent les *abies excelsa* (Decand.), *pinus abies* (L.); toutes les deux sont recueillies en été. La térébenthine qu'on obtient de cette manière est blanche, transparente, très-fluide, elle a une odeur agréable et aromatique; elle a été analysée par Caillot, qui la trouva composée de :

Huile volatile.	33,5
Résines différentes.	63,44
Matière extractive et acide succinique.	0,85
Perte.	2,21

Par la distillation avec de l'eau, nous avons obtenu de cette térébenthine à peu-près la même quantité d'huile que celle indiquée par Caillot. L'eau qui reste avec la colophane dans le vase distillatoire n'a point de réaction sur les couleurs végétales, et ne précipitait ni par le sous-acétate de plomb ni par les sels de fer; évaporée après y avoir ajouté quelques gouttes d'ammoniaque, la liqueur concentrée précipitait très-peu en blanc par ces sels. Caillot, Unverboden, Sangiorgia, ont pris ce résidu pour de l'acide succinique; Moretti croyait y trouver de l'acide acétique, tandis que Marabelli l'a cru un acide résineux; à juger d'après le précipité que nous avons obtenu, l'opinion de Marabelli nous paraît la mieux fondée.

L'huile obtenue de la térébenthine décrite plus haut, fut distillée sur une nouvelle quantité d'eau, après quoi on l'a mise en contact quelque temps avec du chlorure de calcium; alors elle devint parfaitement incolore et posséda une odeur très-agréable analogue à celle de l'huile de citron; elle fut un peu plus soluble dans l'alcool que l'huile de térébenthine du commerce, l'alcool anhydre s'y mêla dans toutes les proportions; son poids spécifique fut 0,880 à 15 degrés, le point de l'ébulition à 155°. Deux analyses ont donné :

Analyse 1.		*Analyse 2.*	
Carbone.	88,67	(1) Carbone.	88,42
Hydrogène.	11,40	Hydrogène.	11,64
	100,07		100,06

B. *Huiles de templin* (templinöl)

On obtient cette huile en Suisse, en distillant les fruits du *pinus mugho*, avec de l'eau; telle qu'on la trouve dans le commerce, elle est peu colorée, et d'une odeur agréable par son analogie avec celle de fleurs d'orangers; en la distillant avec de l'eau nous l'avons obtenue parfaitement incolore et avec un peu moins d'odeur; pour la dépouiller de toute l'eau nous l'avons mise en contact avec du chlorure de calcium. Sa solubilité dans l'alcool ordinaire est la même que celle de l'huile précédente, à l'alcool absolu elle s'unit en toute proportion, à 165° elle entre en ébullition.

Première analyse.

0gr., 478 huile nous ont donné 1,520 acide carbonique et 0,500 eau.

(1) Les analyses dont les résultats sont indiqués dans le mémoire, ont été faites au moyen de l'oxide de cuivre et avec l'appareil de M. Liébig.

Deuxième analyse.

0gr., 6245 huile nous ont donné 1,991 acide carbonique et 0,656 eau.

La composition suivante correspond à ces analyses :

Carbonique.	87,95	Carbone.	88,19
Hydrogène.	11,57	Hydrogène.	11,67
	99,57		99,86

c. *Huile de térébenthine du commerce.*

L'huile de térébenthine ordinaire, telle qu'on la trouve dans le commerce, est fréquemment colorée en jaune, elle a une odeur empyreumatique et désagréable, elle contient une résine qui s'est formée par l'oxidation de l'huile en dissolution, en outre elle contient un stéaroptène qu'on peut en séparer d'après Margueron, par un refroidissement jusqu'à — 17°; ce stéaroptène fond à 7°, on peut parfaitement séparer ces deux corps en distillant l'huile avec de l'eau. L'huile se dissout dans douze parties d'alcool à 33°, et en toutes proportions dans l'alcool absolu, l'huile non rectifiée entre en ébullition d'après notre observation à 150 degrés.

D'après Despretz à.	156,8
Récemment rectifiée d'après Ure.	152
Huile ancienne d'après le même.	158

Son poids spécifique est, d'après Saussure.		0,86 à 22°
Id.	Despretz	0,87 à 10
Id.	Brisson.	0,86 à 31
Huile rectifiée d'après Guibourt.		0,87 à 8

Par des expériences que nous citerons plus loin, nous croyons pouvoir prouver que l'huile de térébenthine est composée de deux huiles isomères, dans des rapports différens. Cette opinion a été émise déjà par Thenard. Pour obtenir pour notre analyse une huile parfaitement pure, nous l'avons distillée à différentes reprises sur de la chaux vive, après quoi nous l'avons mise en contact avec du chlorure de calcium fondu, pendant un temps assez long; après avoir subi ce traitement, elle fut parfaitement incolore et elle avait perdu une partie de son odeur desagréable.

Première analyse.

0rg., 394 huile nous ont donné 1,247 acide carbonique et 0,402 eau.

Deuxième analyse.

0gr., 477 huile nous ont donné 1,519 acide carbonique et 497 eau.

La composition de l'huile, calculée d'après ces deux analyses, donne :

	Analyse 1.		Analyse 2.
Carbonne.	87,56	Carbone.	88,05
Hydrogène.	11,33	Hydrogène	11,57
	98,89		99,62

Le nombre des atomes calculés d'après ces analyses se trouve :

		analyse calculée d'après les atomes.	
10 atomes de carbone.	7,64370	Carbone,	88,46
16 atomes d'hydrogène.	0,99824	Hydrogène	11,54
			100,00

Par comparaison, nous faisons suivre les analyses de l'huile de térébenthine qui ont été faites jusqu'à ce jour :

	Hout. Lab.	Sassure.	Herrm.	Opperm.	Dumas.
Carbone.	87,6	87,788	88,88	84,5932	88,4
Hydrogène.	12,3	11,646	11,12	11,7349	11,6
Oxigène.	»	»	»	3,6728	»
Azote.	»	0,566	»	»	»
	99,9	100,000	100,00	100,0000	100,0

L'iode, le chlore, l'acide nitrique, le potassium et les alcalis se comportent absolument de la même manière, avec ces diverses huiles; le potassium s'y conserve sans altération, la chaux vive leur enlève la couleur jaunâtre et en partie leur odeur désagréable.

Camphre de térébenthine. (Berzélius, tom, V, p. 395.)

Nous devons ce camphre à la bonté de M. le professeur Geiger.

Buchner, Boissenot, Persoz et Cluzel on fait l'observation que si l'on expose l'huile de térébenthine dans un appareil distillatoire à une température de + 50° pendant un temps assez long, il s'en sépare du camphre. Celui-ci se sublime dans la partie supérieure des vases, ou si l'on distille l'huile après l'avoir chauffée assez longtemps, il se sépare en cristaux du produit de la distillation. On ne saurait pas confondre ce camphre avec cet autre qu'on obtient en exposant l'huile à un froid de 17 degrés; ce dernier présente des propriétés tout-à-fait différentes, il se fond déjà à 7 degrés, d'après Boissenot, Persoz et Geiger; on n'obtient ce camphre que d'une huile ancienne distillée avec de l'eau, mais jamais d'une huile récente.

Ce camphre, dit de térébenthine, cristallise en colonnes droites, rectangulaires ou rhomboïdales, unies en touffes. Il se fond à 150 degrés et se volatilise sans décomposition entre 150 à 155 degrés; il se sublime aussi facilement que l'acide benzoïque sur des charbons incandescens, et dans la flamme de la lumière (d'une chandelle) il s'évapore sans s'enflammer; il se dissout dans deux cents parties d'eau froide, dans douze parties d'eau bouillante, ainsi que dans l'alcool, dans l'éther, dans les huiles grasses et volatiles. Si l'on dissout ce camphre dans l'huile de pavot au moyen de la chaleur, il s'en sépare sous forme cristalline par le refroidissement; il se dissout dans l'huile de térébenthine au moyen de la chaleur, sans se séparer par le refroidissement de cette dissolution. L'eau le précipite de ses dissolutions alcooliques. La petite quantité de ce camphre qui était à notre disposition, ne nous permettant pas de le purifier par des opérations ul-

térieures, celui que nous avons employé pour l'analyse a pu contenir encore un peu de l'huile adhérente.

0gr., 117 de matière nous ont donné 0,300 acide carbonique et 0,118 eau.

Sa composition, calculée d'après ce résultat, donne :

Carbone 70,91.— Hydrogène 12,05.— Oxigène 17,04.

Le nombre suivant des atomes correspond à l'analyse,

			Composition calculée d'après les atomes.	
10	atomes de carbone.	7,6437	Carbone.	70,19
20	d'hydrogène.	1,2460	Hydrogène.	11,44
2	d'oxigène.	2,0000	Oxigène.	18,36
				99,99

Si l'on considère la composition chimique de ce camphre, on peut voir tout de suite qu'il est composé de 1 atome d'huile de térébenthine, plus 1 atome d'eau $C^{10} H^{16} + H^4 O^2 = C^{10} H^{20} O$.

Si l'on voulait tirer une conséquence ultérieure du résultat de cette analyse, ce serait celle que la formation de ce camphre ne demande que la fixation d'une certaine quantité d'eau.

Colophone.

Pour obtenir un produit parfaitement pur pour nos recherches, nous avons séparé nous-mêmes la colophone de la térébenthine des Vosges, et nous avons fait nos expériences sur cette matière. Le résidu de la distillation de l'huile de térébenthine préparée par nous-mêmes, a été mis en ébullition assez long-temps avec de l'eau rénouvelée plusieurs fois pour en séparer toute huile volatile ; son odeur ayant disparu entièrement, nous avons versé la colophone dans un creuset d'argent, où elle a bouilli encore quelques temps sans eau ; elle était colorée en jaune, très-transparente, friable, très-soluble dans l'alcool, dans l'éther, dans les huiles grasses et volatiles, sa dissolution éthérique nous la fournit parfaitement blanche ; après l'évaporation de l'éther, elle est parfaitement soluble dans l'alcool absolu, aussi bien que dans l'acide nitrique (avec dégagement d'acide nitreux), et dans les différentes huiles de pétroles que nous décrirons plus bas.

Première analyse.

0rg., 398 de matière nous ont donné 1,112 acide carbonique et 9,363 eau.

Deuxième analyse.

0gr., 512 de matière nous ont donné 1,468 acide carbonique et 0,468 eau.

D'après ces deux analyses, la colophone serait composée de :

	Analyse 1.		Analyse 2.
Carbone.	80,04	Carbone.	79,27
Hydrogène.	10,01	Hydrogène.	10,15
Oxigène.	9,95	Oxigène.	10,58
	100,00		10,000

Le nombre des atomes calculés d'après ces analyses serait :

			Composition calculée d'après les atomes.	
10	atomes de carbone.	7,64370	Carbone.	79,28
16	d'hydrogène.	0,99824	Hydrogène.	10,34
1	d'oxigène.	1,00000	Oxigène.	10,37
				199,99

Les analyses de la colophone, faites auparavant, ont donné les résultats suivans :

	G.-L. et Thenard	Thomson.	Uré	Saussure.
Carbone.	75,944	63,24	73,6	77,402
Hydrogène.	10,719	12,64	12,9	9,551
Oxigène.	13,337	25,12	13,5	13,047
	100,000	100,00	100,0	100,000

Comme nous l'avons déjà fait observer plus haut, la colophone que nous avons soumise à l'analyse était un peu colorée en jaune, cette couleur provient probablement de l'altération d'une petite quantité de résine par l'action de l'eau, altération que nous n'avons pu empêcher. C'est par ce fait que nous nous rendons compte de cette légère perte d'hydrogène que nous avons subie dans ces analyses

Par cette analyse, et par la formule des atomes calculés d'après celle-ci, on verra facilement que la formation de cette colophone tient à ce que l'huile absorbe de l'oxigène, ce qui s'explique par la formule suivante : $C^{10} H^{16} + O$. On pourrait donc considérer la colophone comme un oxide de l'huile.

Selon Unverdorben, la colophone est formée de deux résines, l'une est soluble dans l'acool froid à 72°, tandis que l'autre ne se dissout que dans la double quantité d'alcool chaud ; ce dernier cristallise par le refroidissement. Toutes les deux forment des sels avec les alcalis qui présentent parfaitement les mêmes propriétés, toutes les deux se dissolvent dans l'acide sulfurique, et après avoir été précipitées de cette dissolution sont parfaitement indentiques.

De même que nous considérons l'huile de térébenthine comme composée de deux huiles isomères, qui avec l'acide hydrochlorique forment deux composés différens l'un de l'autre, quoique de la même composition chimique, on pourrait aussi admettre dans la colophone deux résines isomères, qui se comportent différemment avec l'alcool.

Combinaisons de l'huile de térébenthine avec l'acid hydrochlorique.

La réaction de l'acide hydrochlorique sur l'huile de térébenthine donne lieu à deux produits différens : un solide, dont la découverte est due à Kind, et qui a reçu le nom de camphre artificiel A ; l'autre liquide B.

Produit solide.

Analyse 1. 0gr.,510 de matière nous ont donné 1,296 acide carbonique et 0,460 eau.

Analyse 2. 0gr.,440 de matière nous ont fourni 1,122 acide carbonique et 0,396 eau.

La quantité de carbone et d'hydrogène calculée d'après ces deux analyses, on obtient :

Analyse 1.		Analyse 2.	
Carbone.	70,20	Carbone.	70,50
Hydrogène.	10,01	Hydrogène	10,00
Chlore.	19,48	Chlore.	19,24
	99,69		99,74

Pour déterminer la quantité du chlore contenue dans ce camphre, nous en avons introduit une certaine quantité dans un tube de verre, avec de la chaux vive en poudre grossière ; en chauffant ensuite jusqu'au rouge, il se sépare du charbon et il se forme du chlorure de calcium. Ce dernier fut recueilli avec beaucoup de soin dans un verre avec de l'eau, dissous ensuite dans l'acide nitriqne pur ; après avoir séparé le charbon par la filtration, la liqueur a été précipitée par le nitrate argentique. Après que le chlorure argentique formé se fût parfaitement déposé, nous avons décanté la liqueur surnageante ; le chlorure argentique, transvasé ensuite dans une petite capsule en porcelaine, y a été lavé jusqu'à ce que l'eau de lavage ne précipitât plus par l'acide hydrochlorique. Ensuite on a séparé l'eau par l'évaporation au bain-marie ; enfin on l'a chauffé jusqu'à la faire fondre à peu près. On la fait refroidir sous une cloche de verre à côté de l'acide sulfurique, après quoi la quantité du chlorure angentique a été déterminée au moyen de la balance. Dans la première analyse nous nous apercûmes, par le calcul, d'une perte de 1 pour 100 de chlorure ; nous fûmes portés à en attribuer la cause, à ce que la chaux vive en poudre grossière n'absorbe peut-être pas toute la quantité de chlore. Nous nous sommes servi plus tard de l'hydrate calcique récemment rougi, et alors nous n'avons pas éprouvé de perte.

		Chlorure argentique.	Ce qui donne. pour 100 parties. Chlore.
Analy. 1	0,725 de matière nous ont donné	0,537	18,27
» 2	0,960	0,537	18,83
» 3	1,275	0,975	18,86
» 4	0,854	0,665	19,24
» 5	0,647	0,509	19,48

Dans les analyses, nos. 4 et 5, nous avons employé l'hydrate calcique récemment rougi pour décomposer le camphre.

Les analyses que nous avons faites s'accordent avec la formule des compositions suivantes :

		Analyse calculée d'après les atomes.	
10 atomes de carbone.	7,64370	Carbone.	70,015
17 d'hydrogène.	1,06076	Hydrogène.	9,717
1 de chlore.	2,21325	Chlore.	20,212

Composition du camphre artificiel, d'après

Houton Labillardière.		Oppermann.	
Carbone.	76,39	Carbone.	72,8072
Hydrogène.	9,63	Hydrogène.	8,9802
Acide hydrochlorique.	14,08	Chlore.	182,126

Par la formule atomistique calculée d'après cette analyse ; et, d'après ces analyses mêmes, il est facile de s'apercevoir que le camphre artificiel est formé d'un atome d'huile de térébenthine et d'un atome d'acide hydrochlorique ; opinion qui a été émise déjà par M. Dumas.

$$C^{10} H^{16} + Cl\ H.$$

Oppermann a adopté la formule suivante :

$$C^{24} H^{36} + 2\ Cl\ H.$$

Huile liquide provenant de la décomposition du camphre artificiel, dont on a enlevé tout l'acide hydrochlorique (Dadyl).

C'est Oppermann qui prépara le premier cette huile en décomposant le camphre artificiel par la chaux vive, il la distilla à travers un tube chaud jusqu'à ce qu'elle eût perdu sa couleur et tout son acide. Il la décrit comme une matière fluide épaisse, d'une odeur aromatique, qui se durcit déjà à 10°.

Nous avons obtenu ce produit par la méthode indiquée par Oppermann ; après l'avoir rectifié sur de la chaux vive, nous avons obtenu une matière peu colorée, d'une odeur très-aromatique, et à 0° parfaitement fluide, comme l'huile de térébenthine. En la mettant en contact avec du potassium, on ne pouvait apercevoir aucune bulle d'hydrogène ; avec l'iode, la potasse caustique ; avec les acides sulfurique et nitrique, elle se comportait comme l'huile du térébenthine.

Pour l'obtenir parfaitement incolore pour l'analyse, nous l'avons distillée à différentes reprises avec du potassium ; elle ne perdait par là aucune des propriétés que nous venons de lui assigner, elle restait même sans aucune altération pendant deux mois. Avec le gaz hydrochlorique sec, elle fournissait tout de suite du camphre artificiel. Son poids spécifique est à 15° de o, 87, son point d'ébullition = 145°. La dernière portion obtenue par la rectification, qui était colorée, n'entrait en ébullition qu'à 154°.

Analyse 1. 0gr.,590 de matière nous ont donné 1,895 d'acide carbonique et 0,615 eau.

Analyse 2. 0gr., 616 de matière nous ont donné 1,970 d'acide carbonique et 0,643 eau.

La composition suivante correspond à cette analyse.

Analyse 1.		Analyse 2.
Carbone.	88,80	88,42
Hydrogène.	11,58	11,59
	100,38	100,01

La formule atomistique, calculée d'après cette analyse, est

			Analyse calculée d'après les atomes.	
10 atomes des carbone.	7,64370		Cabone.	88,46
16 . d'hydrogène.	0,99827		Hydrogène.	11,54
				100,00

Oppermann a trouvé à cette matière la composition suivante :

Carbone.	88,480
Hydrogène.	11,850
	100,330

Huile provenant de la décomposition du produit liquide B.

Pour obtenir la base de la combinaison fluide, nous avons employé le même moyen que pour la combinaison solide. L'huile fluide obtenue avait une densité de 0,86, entrait en ébullition à 134 ; l'huile de térébenthine ordinaire étant isomère avec la base du camphre artificiel ; il est de toute évidence que la base du produit liquide doit aussi être isomère avec la même huile.

En résumant les résultats précédens des expériences analytiques sur l'huile de térébenthine et ses combinaisons, on trouvera que toutes les espèces d'huiles de térébenthine à l'état de pureté sont identiques dans leur composition. L'erreur que présente l'analyse de l'huile de térébenthine du commerce, par M. Oppermann, doit être attribuée seulement à ce que cette huile contenait encore de l'eau, qu'on ne peut en séparer par la distillation (rectification) sur du chlorure de calcium, vu que son point d'ébullition est à une température plus élevée que celle où le chlorure de calcium dégage son eau ; on parvient au contraire à la dépouiller de son eau, en la faisant digérer (macérer) seulement avec ce sel à la température ordinaire. L'absorption de l'oxigène par l'huile de térébenthine, qui se fait d'une manière extrêmement rapide si l'huile est en contact avec l'air atmosphérique, et surtout dans la distillation où les vapeurs de l'huile se mêlent avec l'air, exige en outre, avant l'analyse, qu'on n'expose l'huile au contact de l'air que le moins possible, sans cela il est impossible d'éviter de petites erreurs.

La formation de deux combinaisons différentes (dont l'une est liquide et l'autre solide) par la réaction du gaz hydrochlorique sur l'huile de térébenthine, rend déjà très-probable que ce corps présente un mélange de deux huiles isomères, et que les propriétés différentes des huiles de térébenthine du commerce s'expliquent par les différens rapports dans lesquels existent l'un et l'autre de ces principes.

On passe de cette supposition à la conviction, en examinant les produits qu'on obtient en décomposant sur la chaux vive ces deux combinaisons avec l'acide hydrochlorique. D'après les caractères extérieurs, on ne saurait distinguer de l'huile de térébenthine pure ni de l'un ni de l'autre, lorsqu'ils sont dépouillés de tout l'acide hydrochlorique. Le poids spécifique est à peu près égal ; mais le point d'ébullition de l'un est très-différent de celui de l'autre. L'huile liquide de la combinaison solide entre en ébullition à 145°, tandis que celle de la combinaison liquide bout à 134°. Il est hors de tout doute que la composition des deux huiles est parfaitement identique, vu que celle contenue dans le camphre artificiel ne diffère sous aucun rapport de la composition de l'huile de térébenthine ordinaire à l'état de pureté, qui présente un mélange des deux huiles.

Par l'analyse de la colophone des combinaisons de l'acide hydrochlorique avec l'huile de térébenthine et du camphre de cette huile, nous croyons avoir suffisamment caractérisé cette combinaison de carbone et d'hydrogène, comme radical organique invariable ; la colophone est l'oxide, ledit camphre l'hydrate de ce radical. Les deux résines différentes qui, d'après Unverdorben, constituent la colophone, doivent sans doute leur formation, l'une à cette huile qui forme la base de la combinaison solide, et l'autre à cette huile qui forme la base de la combinaison liquide de l'acide hydrochlorique avec l'huile de térébenthine ; mais il est évident que les radicaux, aussi bien que leurs oxides, doivent être isomères dans leur composition. C'est pourquoi nous avons cru plus sûr de faire l'analyse de la colophone sans en isoler les deux résines. Quoique la composition de l'huile de térébenthine, indiquée par Dumas, ait été confirmée par notre analyse, nous croyons néanmoins devoir révoquer en doute la supposition théorique qui donnait le nom de *camphogène* à l'huile de térébenthine. Du reste, nous ne voulons point nier l'existence d'un radical analogue pour le camphre commun : car, en comparant la formule de la colophone avec celle qui exprime la composition du camphre, on trouve qu'elles sont parfaitement identiques. Quoique ceci ne puisse plus être regardé comme impossible, la cause de la diversité de ces deux corps nous paraît cependant être fondée sur un autre arrangement des élémens (atomes), ou ce qui revient au même sur un radical d'une autre composition. Il nous paraît moins vraisemblable que le camphre soit un oxide, cas dans lequel il se combinerait probablement avec les alcalis nous préférons le considérer comme un stéarophène.

Nous avons jugé convenable de donner des noms particuliers aux différentes huiles qui constituent l'huile de térébenthine ; nous donnons le nom de *dadyl* à celle qui forme avec l'acide hydrochlorique la combinaison solide, en réservant à l'autre le nom de *peucyl*. Ces noms sont dérivés de δαδυλη principe du sapin et πευκυλη principe du pin. La terminaison *yl* est imitée du mot *Benzoyl ;* ces trois noms ont été composés et proposés par Ritgen.

Huile de citron.

L'huile de citron, rectifiée par la distillation avec l'eau, se comporte avec l'iode, le chlore, le potassium, et les alcalis, comme l'huile de térébenthine, l'acide hydrochlorique, donnent aussi deux combinaisons, une solide, fusible à 43°, se sublimant à 50° sans décomposition, et entrant en ébullition à 160°.

D'après Bizio, l'huile de citron, soumise à un abaissement de température, fournit du camphre. Une livre d'huile de citron, distillée avec l'eau, a fourni un premier produit d'une once, qui entrait en ébullition à 167° ; le dernier

produit était coloré légèrement et bouillait à 173°. C'est le premier qui a servi à nos analyses.

Analyse. $og^r.$, 522 huile nous ont donné 1,660 acide carbonique et 0,544.

Carbone.	87,93
Hydrogène.	11,57
	99,50

La formule suivante s'accorde à cette analyse.

			Analyse calculée d'après les atomes.	
5	atomes de carbone.	3,8215	Carbone.	88,46
8	d'hydrogène.	0,4984	Hydrogène	11,56
				100,00

Composition de l'huile de citron suivant

	Saussure.	Herrmann.	Dumas.
Carbone.	86,879	88,5	88,45
Hydrogène.	12,316	11,5	11,46

La combinaison solide avec l'acide hydrochlorique a donné

Analyse 1. $og^r.$, 250 la matière nous a donné 0,522 acide carbonique et 0,196 eau.

Analyse 2. $og^r.$, 4646 la matière nous a donné 0,984 acide carbonique et 0,365.

La quantité de chlore fut déterminée d'après la méthode au moyen de laquelle nous avons déterminé la quantité de chlore contenue dans la combinaison de l'acide hydrochlorique avec l'huile de térébenthine.

En basant le calcul sur ces analyses, on trouve, pour la combinaison solide de l'acide hydrochlorique avec l'huile de citron, la composition suivante :

	Analyse 1.	Analyse. 2.
Carbone.	57,78	58,57
Hydrogène.	8,81	8,73
Et chlore.	33,56	33,08
	100,15	100,38

La formule suivante correspond à cette analyse :

			Analyse calculée d'après les atomes.	
5	atomes de carbone.	3,82185	Carbone.	57,938
9	d'hydrogène.	0,56158	Hydrogène.	2,501
1	de chlore.	2,21325	Chlore.	33,552
				99,991

Base de la combinaison solide (Citronyl).

L'analyse de cette matière, qui est fluide et analogue à celle que fournit l'huile de térébenthine dans les mêmes circonstances, donne les résultats suivans :

	Analyse.	Atomes	Analyse calculée.
Carbone.	88,45	5 = 3,8215	88,46
Hydrogène.	11,64	8 = 0,4984	11,64
	100,09		100,10

D'après ces recherches, l'huile de citron a une composition identique avec celle de l'huile de térébenthine ; mais nous avons vu qu'elle forme avec l'acide hydrochlorique des composés dans lesquels cet acide entre pour une quantité justement double de celle qu'on trouve dans le camphre artificiel ; ce qui prouve, à ce qu'il nous semble, que le poids de son atome est la moitié plus petit. En supposant que les combinaisons de l'acide hydrochlorique, avec le dadyl et citronyl, contiennent les mêmes volumes (le même nombre d'atomes respectifs), le volume d'atomes de dadyl contiendrait un nombre d'atomes de carbone et hydrogène double de celui qui compose le citronyl, ce qui nous porte à conclure que ce radical peut entrer dans des composés d'une manière très-variée ; mais on ne réussit pas à transformer une de ces combinaisons dans l'autre. Quoique ce soit avec beaucoup de facilité qu'on puisse priver l'hydrochlorate de citronyl d'une partie de son acide hydrochlorique en le distillant sur de la potasse, on n'obtient pourtant pas l'hydrochlorate de dadyl, mais, une huile liquide contenant de l'acide hydrochlorique à laquelle on ne peut enlever le reste même en la distillant avec une dissolution alcoolique de potasse.

L'acide hydrochlorique forme deux composés différens avec l'huile de citron, dont l'un est soluble dans l'alcool et susceptible de cristalliser, tandis que l'autre, qui peut aussi cristalliser, est décomposé par l'alcool. A la base du premier de ces composés nous donnons le nom de citronyl, réservant à la base de l'autre le nom de citryl. A. B.

La suite au numéro prochain.

NOUVELLES DES SCIENCES.

M. Antony Thomson vient de nous faire connaître le procédé qu'il emploie pour découvrir la présence de très-petites proportions d'iode. Sa méthode est fondée sur la propriété que possède le chlore gazeux de décomposer instantanément les solutions d'acide hydriodique et celle de tous les hydriodates ; lorsqu'on dirige ce gaz sur la surface de la solution, la plus petite quantité d'iode est décélée par cet artifice. La solution ne contiendrait-elle que 1/1500 d'hydriodate, la décomposition est instantanée, et l'iode libre apparaît dans la liqueur. Au moment où le gaz touche la surface, une légère pellicule brune se manifeste et répand graduellement sa teinte à travers le liquide. Si l'on ajoute une solution froide et très-étendue d'amidon, aussitôt la

couleur caractéristique de l'iodure d'amidon se manifeste. On peut encore opérer le mélange avant de faire arriver le gaz. P. B.

Les derniers numéros des Annales de Pharmacie contiennent, 1° un mémoire de M. Berzélius sur deux acides organiques qui se trouvent dans les eaux minérales ; 2° un autre de M. J.-B. Trommsdorff, sur le prétendu acide malique que l'on obtient en traitant le sucre par l'acide nitrique ; 3° un travail de M. Mein, pharmacien à Neustadt-Godens, sur le principe amer de l'absinthe ; 4° des recherches chimiques de M. le docteur Grager, sur la maladie du blé, connue sous le nom de *nielle ;* 5° des observations de M. Venghans, sur un mode particulier de formation de l'acide lampique ; 6° une suite aux mémoires du docteur Reichenbach, sur les produits de la distillation sèche des corps organiques, contenant l'histoire de deux nouvelles substances auxquelles cet habile chimiste a donné les noms de picamare et de pittacalle. Tous ces articles renferment des faits intéressans. Nous nous proposons de les passer successivement en revue dans les prochains numéros de ce journal. A. J. V.

M. le Mahoût, pharmacien à St.-Brieux, vient d'écrire au ministre de la marine pour lui annoncer que vingt dauphins ont échoué le 1er février sur les côtes de Bretagne. Après avoir présenté l'historique du fait, M. le Mahoût entre dans diverses considérations relatives à ces dauphins, et rappelle que soixante-dix de ces animaux échouèrent également sur les côtes de Bretagne en 1812 ; mais un fait curieux et de nature à intéresser plus particulièrement nos lecteurs, est relatif au sang de ces animaux. Vu au microscope, il présente un aspect fort remarquable et qui n'est offert par le sang d'aucun autre animal : il est parsemé de très-grosses vésicules d'air, et de globules, d'une teinte bleuâtre, très-nombreux, tous d'un même diamètre, et paraissant formés d'huile en suspension dans ce liquide. Le premier de ces faits mérite d'être noté, et porte à penser, dit l'auteur, que l'hœmatose, chez ces animaux, ne s'opère pas seulement dans les organes pulmonaires, mais bien dans tous les organes simultanément. J.-P. B.

M. Pelouse, en poursuivant ses recherches sur le tannin, est arrivé à des résultats du plus haut intérêt, dont nous allons présenter ici un aperçu.

La noix de Galle sèche, traitée par l'éther anhydre, ne fournit pas de tannin ; la présence d'un dixième d'eau dans l'éther est indispensable au succès de l'opération.

Le tannin se comporte dans beaucoup de circonstances, et particulièrement dans son contact avec les bases, comme les acides les mieux définis, et suit les mêmes lois de saturation.

Lorsqu'on abandonne à l'influence de l'air ou de l'oxigène une solution aqueuse très-étendue de tannin, elle perd peu-à-peu sa transparence, et laisse précipiter de l'acide gallique presque entièrement pur.

L'action de la chaleur sur l'acide gallique est extrêmement remarquable soumis à la température de 210 à 215°, dans une petite cornue, il se décompose entièrement et sans résidu en acide carbonique et en acide pyro-gallique. Vient-on au contraire à chauffer rapidement ce même acide gallique jusqu'à 240 ou 250°, il se dégage encore de l'acide carbonique ; mais au lieu d'acide pyro-gallique, dont il ne se produit pas la plus petite quantité, on obtient de l'eau qui distille, et il reste au fond de la cornue une matière noire, brillante, qui se dissout facilement à froid dans une légère eau de potasse ou de soude, et constitue un nouvel acide, désigné par l'auteur sous le nom d'acide métagallique.

Le tannin lui-même, chauffé rapidement à 250°, fournit, comme l'acide gallique de l'acide carbonique, de l'eau et de l'acide métagallique ; mais à 215° il donne, en même temps que les acides carbonique et pyro-gallique, un résidu considérable d'acide métagallique.

A l'occasion de ces produits remarquables obtenus par l'action ménagée de la chaleur, M. Pelouse insiste sur la nécessité de mesurer exactement la température à laquelle on soumet les substances organiques, et de les étudier sous l'influence de son action graduellement conduite.

C'est en appliquant ce principe d'observation au tannin, aux acides gallique, pyro-gallique, et à plusieurs autres substances, qu'il est arrivé à la découverte de la loi générale de formation des acides pyrogénés. Cette loi importante sera développée par M. Pelouse dans un mémoire que nous ferons connaître à nos lecteurs.

M. Pelouse a étudié comparativement les acides ellagique, gallique et métagallique, on trouvera leur histoire dans son propre travail, qui sera inséré dans un prochain numéro de ce journal. F. B.

La saponine, que M. Bussy a fait connaître, se rencontre dans plusieurs végétaux. Elle a été retirée d'abord de la saponaire officinale (*saponaria officinalis*) par Buchols. Ensuite M. Bussy l'a signalée dans la racine de la saponaire d'Égypte ; enfin M. Frémy fils vient de constater sa présence dans le marron d'inde, fruit de l'*esculus hippocastanum*.

Cette matière incristallisable a été parfaitement étudiée par M. Bussy ; l'analyse obtenue en a été également faite, de sorte qu'il ne restait que peu de caractères importans à connaître ; mais l'on sait que l'on peut, en variant les réactions, obtenir des phénomènes singuliers souvent féconds en nouveaux produits.

M. Frémy fils a fait tout nouvellement quelques expériences sur la saponine extraite du marron d'Inde, et il est arrivé à ce résultat curieux, que la saponine traitée par l'acide hydrochlorique étendu d'eau, sous l'influence de la chaleur, produit une poudre blanche acide que l'auteur a nommée acide *esculique*.

L'acide esculique est très-peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et pouvant cristalliser dans ce liquide. Il est presque insipide : l'acide nitrique le transforme en une résine jaune probablement acide.

Les bases inorganiques se combinent à lui, et l'on peut facilement obtenir les esculates de potasse, de soude et d'ammoniaque qui sont solubles dans l'eau, et font prendre au liquide un aspect gélatineux. Ils peuvent cristalliser dans l'alcool faible. Les autres esculates sont insolubles dans l'eau ; mais plusieurs peuvent cristalliser comme les précédens dans l'alcool aqueux.

L'acide esculique est-il tout formé dans la saponine et combiné à une matière organique particulière, ou bien se

forme-t-il sous l'influence de l'acide hydrochlorique et de la chaleur par suite de l'altération de la saponine ? telle est la question qui se présente tout d'abord et que M. Frémy a cherché à résoudre.

M. Frémy pense qu'il préexiste réellement dans la saponine, il appuie cette manière de voir des considérations théoriques qu'il développe dans son travail encore inédit. Serait-ce la potasse, comme le soupçonne l'auteur, qui masquerait l'acidité de l'acide esculique dans la saponine de M. Bussy, car c'est de celle-là que je parle, et qui lui donnerait le caractère d'un principe immédiat neutre ? Mais deux incinérations que j'ai faites sur deux échantillons différens ne m'ont donné que :

1er	échantillon.	1,027
	Résidu.	0,010
2e	échantillon.	0,695
	Résidu.	0,009

Le résidu dans les deux cas était composé de carbonate de potasse et de carbonate de chaux.

Ces rapports m'empêchent bien sûr de considérer la saponine de M. Bussy comme un sel composé d'acide esculique et des bases trouvées.

On a pensé encore que l'acide esculique était combiné avec une matière organique particulière qui l'empêchait de manifester ses propriétés. J'avoue qu'il me paraît bien singulier que cet acide soit retenu par un lieu aussi fort à une matière végétale inconnue. De deux choses l'une, ou la matière qui sature l'acide esculique dans la saponine est *isolable* sans altération, auquel cas la préexistence de l'acide serait incontestable, ou bien cette matière disparait ou se présente sous forme de corps inerte n'offrant aucune propriété digne du plus léger examen, et alors l'acide esculique n'est qu'une transformation de la saponine.

Cette manière de voir paraît du reste d'accord avec l'expérience et avec tout ce que nous savons maintenant sur la naissance d'un grand nombre de matières organiques.

J.-P. C.

Essai d'une histoire chimique de la tourbe accompagné d'une nouvelle analyse de la cendre de tourbe.

Par MM. LÉON OBERLIN, et A BUCHNER jeune, à Strasbourg.

(Repertorium für die Pharmacie, du docteur BUCHNER, vol. XLVI, cah. 2, pag. 185.)

En raison de son bas prix et de la chaleur qu'elle laisse après sa combustion, la tourbe est un des combustibles les plus importans pour plusieurs contrées, mais surtout pour celles qui sont pauvres en bois. Outre son charbon, sur lequel M. Blavier, ingénieur des mines françaises, a fait une série d'expériences intéressantes, et qui peut servir aux mêmes usages que le charbon de bois ; elle fournit, comme on sait, une quantité assez considérable de cendres que l'on utilise pour l'amendement des terres : aussi le pharmacien est-il souvent consulté sur la composition de ces cendres dans les contrées où se trouvent des tourbières.

Ce sujet, bien qu'étranger à la pharmacie proprement dite, m'a paru digne d'attention sous le rapport industriel, et il ne sera pas sans intérêt de faire connaître en peu de mois l'histoire chimique de la tourbe, que MM. Oberlin et Buchner jeune ont placée en tête de leur travail. Comme les pays septentrionaux sont ceux où la tourbe se trouve en plus grande abondance, qu'elle constitue une des principales richesses de quelques-uns, il ne sera pas surprenant de voir figurer surtout les chimistes de ces contrées parmi ceux qui se sont occupés de recherches sur ce combustible.

Achard de Berlin paraît être le premier qui ait publié un travail assez satisfaisant sur la tourbe. Il distingua trois couches dans celle qu'il soumit à son examen : une supérieure, qui contenait le plus de parties végétales non altérées, et qui lui parut la moins propre à l'usage habituel ; une moyenne et une inférieure, qui lui donna le meilleur combustible. Son travail date de 1786. Vint ensuite Lampadius, qui démontra, par des expériences, les applications que l'on pouvait faire de la tourbe aux travaux métallurgiques. Puis parurent successivement les recherches de Bucholz, qui appela l'attention sur la propriété dont jouit la cendre de tourbe d'amender les terres ; celle de Thaer et de Einhof, qui fixèrent les opinions sur la véritable nature de la tourbe et sur son mode de formation, et y indiquèrent la présence d'une substance qui se comporte comme un acide, et à laquelle Doeberciner et Springel donnèrent plus tard le nom d'*acide de l'humus ;* celle de Proust, qui examina comparativement la tourbe avec la houille, qui confirma la solubilité de la première dans la potasse caustique ; solubilité déjà annoncée par Einhof, et qui fit voir que l'acide nitrique concentré la dissout également à la chaleur de l'ébullition, et la transforme en acide oxalique et en substance amère ; celles de Charnisso, de Fr. Hoffmann et de Chr. Poggenderf, qui ont donné sur cette matière un traité très-instructif, où la tourbe est étudiée sous tous ses points de vue, et surtout sous le rappport des plantes qui concourent à sa formation, et de ses propriétés chimiques et physiques, etc. Les recherches les plus modernes sont celles de Lampadius et de Springel : Lampadius, qui, comme nous l'avons dit, avait déjà fait un premier travail sur la tourbe, reprit le même objet en 1828 ; il soumit plusieurs espèces à la distillation, et trouva, 1° que 100 parties de tourbe donnaient 6-8 parties de gaz, 18, 28, 48, 52-56 parties de substances liquides, et 36, 40, 45 à 66 de charbon ; 2° que les gaz étaient formés, terme moyen, de 67,5 volumes de gaz hydrogène carboné léger, de 20 d'acide carbonique, de 10,5 d'oxide de carbone, et de 0,5 à 20 d'hydrogène sulfuré, et qu'ils étaient impropres à l'éclairage ; 3° que les substances liquides contenaient 3 à 5 pour cent de goudron, et 1,17 pour cent d'acétate d'ammoniaque avec de l'eau, etc. Les cendres de tourbe analysées par les divers chimistes que nous venons de nommer, leur ont donné à peu près les mêmes résultats : ils y ont trouvé du carbonate de chaux, du

sulfate et du phosphate de chaux, de l'oxide de fer, de la silice; quelques-uns y ont rencontré en plus de l'alumine, de la magnésie, de l'oxide de manganèse et de l'hydrochlorate de soude. La présence de l'iode, annoncée par le docteur Strub dans la tourbe, ne s'est pas vérifiée; différentes espèces, qui provenaient de plusieurs contrées de l'Allemagne, n'en ont point offert une seule trace à d'autres chimistes. Il ne serait pas invraisemblable que l'iode ne se trouvât que dans la tourbe qui est le produit de la décomposition des plantes marines.

Après avoir fait ainsi l'histoire chimique de la tourbe, MM. Oberlin et Buchner passent à l'exposition de leur propre analyse. La tourbe qu'ils ont examinée est de la tourbe marécageuse des environs de Strasbourg : elle est fibreuse, de couleur brune foncée, elle brûle facilement avec flamme, en répandant l'odeur désagréable propre à ce combustible. 1000 parties bien desséchées leur ont fourni, par l'incinération, 180 parties de cendres d'un gris rougeâtre, mélangées de particules blanches et rougeâtres, sablonneuses au toucher, d'une saveur saline terreuse, et infusibles au chalumeau. Ils ont soumis 100 parties de ces cendres à une série d'expériences, dans le but de déterminer leurs principes constituans, et voici les résultats qu'ils ont obtenus.

Substances solubles dans l'eau.

Hydrochlorate de soude avec un peu de sulfate de chaux.	19 parties.

Substances insolubles dans l'eau.

Carbonate de chaux. Carbonate de magnésie. Phosphate de magnésie. Phosphate d'alumine. Alumine. Oxide de fer. Sulfate de chaux. Silice.	81
	100

Ces cendres ne contenaient ni alcali libre ou carbonaté, ni combinaison de soufre, ni iode.

Les auteurs de ce travail font observer, avec juste raison, que toutes les cendres de tourbe ne sont pas également propres à engraisser les terres. Déjà Thaer et Einhof avaient fait la même remarque : c'est qu'en effet la nature du terrain n'est pas toujours la même, et qu'en outre la composition de ces cendres varie suivant la contrée dont on tire la tourbe, et suivant la couche à laquelle elle appartient. Il importe donc au cultivateur de connaître la composition de la cendre qu'il veut employer. L'absence d'un alcali libre ou carbonaté, dans la cendre de tourbe, explique pourquoi elle n'est pas, comme la cendre de bois, propre à la lessive, au blanchiment, à la fabrication du savon et du verre, etc.

A. J. V.

—

EXTRAIT DU PROCÈS VERBAL.

De la séance de la Société de Pharmacie, 5 mars 1834.

PRÉSIDENCE DE M. CHEREAU.

La correspondance manuscrite et imprimée comprend : une lettre de M. Gay fils, qui remercie la Société du titre de correspondant qu'elle lui a décerné, et lui envoie deux numéros du Journal de Pharmacie du midi dont il est le rédacteur; une circulaire de la Société industrielle de Mulhausen, indiquant les conditions d'une souscription destinée à provoquer la découverte d'un moyen d'utiliser, comme réservoir de force motrice, une partie de celle qui se perd dans les usines par le chômage ou par toute autre cause; une brochure sur la fabrication du noir animal, par M. Clémandot; une autre brochure adressée par M. Vée, et ayant pour titre : Séance publique de l'École de médecine de Strasbourg; un mémoire sur l'acide cobaltique (M. Robiquet, rapporteur); le numéro de février du Journal de Pharmacie; la Pharmacopée raisonnée, par MM. Henry et Guibourt, nouvelle édition, en 2 vol. in-8°. M. le président adresse, au nom de la Société, des remercîmens à M. Guibourt.

M. Vallet lit un rapport favorable sur un mémoire intitulé : Histoire chimique et Analyse de diverses variétés de tourbes, par MM. Buchner et Oberlin.

M. Moutillard communique un extrait des mémoires lus à l'Académie royale de Rouen.

M. Lodibert expose l'analyse des principales observations insérées dans une brochure sur le congrès scientifique tenu à Caen l'année dernière.

Deux mémoires de M. Mouchon, sur la préparation des extraits par voie de fermentation, sont l'objet d'un rapport peu favorable de M. Soubeiran. La Société décide le dépôt de ces mémoires aux archives.

M. Henry lit une note sur un appareil propre à évaporer les liquides sans le contact de l'air. Sur la demande de M. le président et celle de M. Henry, M. Soubeiran est prié de faire construire cet appareil sur une échelle assez grande pour que l'on puisse en constater d'une manière positive les avantages et les inconvéniens.

M. Blondeau communique un nouveau mode de préparation du sirop d'orgeat; la formule qu'il propose est la suivante :

Amandes douces.	6 livres.
—— amères.	2 livres.
Gomme arabique.	1 livre.
Sucre.	20 livres.
Miel.	6 onces.
Eau de fleur d'oranger.	8 onces.

Aux observations de plusieurs membres qui signalent

l'inconvénient de modifier les préparations pharmaceutiques, M. Blondeau répond qu'il ne donne de la publicité à son procédé qu'afin de l'ajouter au nombre des matériaux d'un nouveau codex.

M. Vée lit un mémoire sur les explosions qui ont lieu quelquefois dans les fosses d'aisance; il appelle l'attention sur les accidens graves auxquels peut donner lieu l'introduction d'un corps enflammé dans ces fosses, et insiste sur la nécessité d'y établir d'autres tuyaux d'évent que ceux employés jusqu'ici (1).

M. Lodibert lit un rapport d'admission sur MM. Lorenzo et Moreno, docteurs en pharmacie en Espagne. Tous deux sont nommés, au scrutin, membres correspondans.

M. Foy dépose sur le bureau un paquet cacheté.

---

(1) Nous donnerons dans le numéro prochain un résumé de cet intéressant travail.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

REDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENEL, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

AVRIL 1834.

RECHERCHES CHIMIQUES.

Tendantes à prouver les rapports qui existent entre les sels calcaires contenus dans les différens systèmes organiques du poulet au moment de sa sortie de l'œuf, et les mêmes sels renfermés dans l'œuf avant l'incubation (1);

Par J. L. LASSAIGNE.

Les métamorphoses que la matière organique subit sous l'influence des forces vitales sont si variées, et les lois immuables qui la régissent présentent tant de difficultés pour les découvrir, qu'il sera toujours bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'arracher à la nature plusieurs de ces secrets qui excitent à chaque instant notre admiration. Bien que le désir d'apprendre nous engage à examiner de près, et avec beaucoup d'attention tous les phénomènes naturels pour les étudier et tâcher d'en rechercher les causes, un grand nombre resteront cachés et couverts d'un voile impénétrable au génie de l'homme, parce qu'ils se trouveront toujours au-dessus de son jugement, et des moyens qu'il peut lui procurer. C'est surtout dans l'explication de la plupart des phénomènes physiologiques que nous avons l'occasion de constater cette vérité.

Mais si nos travaux sont le plus souvent impuissans lorsqu'ils sont entrepris dans cette direction, et ne nous donnent que des résultats peu concluans et qui ne satisfont pas toujours, comme nous le désirerions, notre esprit avide de s'instruire, ils tendent toujours à nous dévoiler quelques faits inconnus, et servent ainsi aux progrès de la science en agrandissant la sphère de nos connaissances.

La série des changemens physiologiques que les différentes parties de l'œuf des oiseaux éprouvent dans leur structure et leur organisation aux diverses époques de l'incubation, ont déjà été l'objet de travaux recommandables de plusieurs naturalistes distingués; mais aucun n'a encore envisagé, je le crois, la question sous le point de vue chimique, c'est-à-dire de manière à reconnaître les produits qui sont formés pendant cet acte, et leur véritable composition.

Le travail que nous publions aujourd'hui, quelque imparfait qu'il soit, a pour objet quelques recherches que nous avons entreprises sur les rapports qui existent entre les sels calcaires fixes que contient le jeune animal, après sa sortie de la coquille et avant qu'il n'ait pris aucune nourriture, et les mêmes sels tout formés dans l'albumen et le jaune d'œuf avant l'incubation.

Pour arriver à une détermination exacte de ces rapports, nous avons rendu autant qu'il était possible pour ces sortes d'expériences, toutes les circonstances aussi égales qu'il nous était permis de le faire; c'est-à-dire, que nous avons opéré sur deux œufs, pondus par la même poule à peu de distance l'un de l'autre, et ayant à peu de chose près le même volume, et un poids assez semblable.

Ces deux œufs ayant été pesés à une balance très-sensible, l'un a été mis à couver, de manière à ce qu'on pût bien observer la poule couveuse à différentes époques de la journée; l'autre a été immédiatement cuit dans l'eau distillée bouillante et distinée pour les expériences chimiques.

L'œuf cuit a été de nouveau pesé après sa coction, cassé ensuite, en recueillant d'une part la coquille et ses débris, et de l'autre le blanc et le jaune d'œuf pour les peser séparément. Ces premières opérations terminées, nous avons brûlé le blanc et le jaune dans une capsule de platine, et nous avons incinéré le résidu dans un creuset de même mé-

(1) Ce travail, commencé en 1831, n'avait pas été publié parce que l'auteur désirait répéter les expériences qui en font le sujet; mais M. Berzélius, dans son *Traité de chimie*, ayant rapporté des expériences faites par le docteur Prout, notre collègue a cru devoir publier celles qui lui sont propres.

tal. La cendre qui en est résultée a été lavée à l'eau chaude pour enlever les sels solubles et ensuite traitée par l'acide nitrique faible bouillant, pour dissoudre les sels calcaires insolubles.

1re *Expérience.*

Œuf frais, pondu dans la nuit du 20 avril 1831 : son poids était de 55,400 gram.

Après sa coction dans l'eau distillée bouillante et son refroidissement à l'air, il ne pesait plus que 54,010

Différence due à une portion de l'eau de l'œuf évaporée 1,390

Cet œuf, cassé et séparé de sa coquille, contenait :

Albumine et jaune.	46,800
Coquille et membrane.	7,200

Rapport de la coquille à la substance de l'œuf : : 1 : 6,5.

Le blanc et le jaune brûlés ensemble dans un creuset de platine et incinérés ont fourni 0 gr. 165, d'une cendre qui a offert la composition suivante :

Sels solubles dans l'eau.	0,140
Sous-phosphate de chaux.	0,025

Les sels solubles dans l'eau étaient le chlorure de sodium mêlé à un peu de carbonate de soude et de sulfate de la même base.

2e *Expérience.*

Le deuxième œuf pondu par la même poule dans la même matinée, a été immédiatement pesé avant de le mettre à couver (21 avril).

Son poids était exactement de. 56,450

Dans la nuit du 10 au 11 mai, il a éclos un petit poulet qui a été immédiatement étouffé.

Son poids était de 34,500

Si nous comparons le poids du poulet à celui de la substance de l'œuf, tel que nous l'avons reconnu ci-dessus, nous remarquerons qu'il est plus faible de 12,300 grammes, ou en termes plus simples, que le poids du poulet est à celui du blanc et du jaune avant l'incubation : : 1 : 1,380, ou que le poulet ne forme en poids que les 50/69 ou les 5/7 environ de l'œuf qui l'a produit.

L'incinération du poulet ayant été faite dans un creuset de platine, on a obtenu 0,385 gr. d'une cendre grise blanchâtre qui a été soumise à l'analyse; elle a fourni pour résultat :

Sels solubles.	0,130
Sous phosphate de chaux.	0,255
Traces de carbonate de chaux.	

Il résulte de ce que nous venons de rapporter, que la proportion de sous-phosphate de chaux qui existe dans le jeune sujet est dix fois plus grande que celle qui se trouve dans l'albumine et le jaune d'œuf : d'où il paraîtrait que dans l'acte de l'incubation il se produit une certaine quantité de ce sel. La formation de ce sel est sans doute une conséquence naturelle de la production du système osseux chez le jeune poulet. Mais ce qui étonnerait d'abord, si on y réfléchissait avec un peu d'attention, c'est l'observation que nous avons faite sur la plus grande quantité de phosphate calcaire dans l'animal. Cette surabondance de phosphate calcaire dans ce poulet, sur le même sel contenu dans le blanc et le jaune d'œuf est constante, et ne dépend pas, comme on pourrait d'abord le supposer, de la différence qui doit exister d'un œuf à un autre; car l'expérience nous a démontré que dans trois œufs de poids différens, les proportions du phosphate de chaux varient seulement de 0,020 à 0,030 grammes.

On serait tenté de supposer que la coquille, qui renferme naturellement du phosphate de chaux est la source d'où l'animal tire le phosphate qui est nécessaire à la formation de ses os, qui ne sont encore à la vérité qu'à l'état cartilagineux à cette époque. Mais comme ce têst calcaire n'éprouve point de diminution dans son épaisseur, ni d'altération dans ses caractères physiques, il n'a sans doute d'autre but, en raison de sa solidité, que de protéger des agens extérieurs l'être qui se développe, et de permettre, en raison de sa porosité, l'entrée de l'air atmosphérique ou la sortie des fluides gazéiformes ou vaporeux qui peuvent se produire pendant l'incubation. Il serait plus rationnel de supposer que les élémens du phosphate de chaux se trouvent dans les parties de l'œuf dans un ordre particulier et se combinent, sous l'influence des forces vitales, pour donner naissance à une certaine quantité de ce sel. Cette opinion, toute hasardée qu'elle est, ne nous paraît pas invraisemblable : elle est appuyée par quelques exemples que nous offrent certaines matières organiques qui admettent du phosphore au nombre de leurs élémens et dans un état particulier. En serait-il de même pour le calcium ? C'est ce que l'expérience n'a pas encore décidé; mais nous serions assez disposés à le penser, et à nous ranger, sous ce rapport, de l'avis de M Berzelius, à l'égard de la production d'une certaine quantité de phosphate de chaux dans l'économie animale.

Dans le courant de juin 1833 nous avons fait une nouvelle expérience : nous avons constaté encore que la quantité de phosphate de chaux contenue dans le jeune poulet au 20e jour d'incubation, était plus grande que celle que fournissait l'œuf avant l'incubation. Le rapport a été cette fois : : 0,220 gr. : 0,160 gr., par conséquent la conclusion tirée de notre première expérience se trouverait en partie confirmée par celle-ci.

ESSAIS

Relatifs à l'action du tannin et de plusieurs autres agens sur les racines des plantes ;

par M. PAYEN.

Une question importante, sur laquelle les avis des agronomes étaient partagés, vient d'être soulevée par M. Silvestre fils, correspondant de la Société d'agriculture.

M. Silvestre a constaté plusieurs fois que des arbres dépérissaient et mouraient bientôt, lorsque leurs racines étaient en contact avec les débris désagrégés des racines de chênes abattus aux mêmes endroits.

Divers faits contradictoires, cités dans plusieurs discussions de la Société centrale d'agriculture, rendaient douteuse l'explication de ces phénomènes, et laissaient incertaine l'action du tannin, dont plusieurs autres assertions indiquaient même l'innocuité.

Il m'a semblé que des expériences directes à ce sujet pourraient contribuer à résoudre le problème.

J'avais précédemment reconnu :

1° Que le tannin peut entraver complétement l'action de la diastase, principe immédiat, dont les chimistes et les physiologistes ont admis le développement et l'influence dans la germination de certaines graines ;

2° Que le tannin agit sur l'amidone (*substance organique, enveloppée d'un tégument dans la fécule*), en contractant ses parties, la rendant moins dissoluble, et détruisant même l'effet de sa coloration bleue par l'iode.

Enfin, on savait depuis long-temps que le tannin précipite de leurs solutions diverses substances azotées; et M. Pelouse a récemment démontré que ce même corps peut former avec les oxides métalliques des combinaisons stables, en proportions définies, et jouer le rôle d'acide; qu'enfin, son altération spontanée donne lieu à une abondante production d'acide gallique.

Il paraissait donc assez probable que le tannin, jouissant d'une action énergique sur divers produits des végétaux, et pouvant concourir à changer la réaction électro-chimique des bases en contact avec les racines, aurait une influence marquée, soit sur les phénomènes de la germination, soit sur les développemens ultérieurs des plantes.

Afin d'observer cette influence et de l'apprécier comparativement avec les effets d'autres agens, je plaçai des grains de blé, de seigle, d'orge, d'avoine et de maïs, en contact avec d'égales quantités des liquides suivans, toutes les autres circonstances étant rendues égales d'ailleurs :

1° De l'eau distillée aérée;

2° Le même liquide, plus 0,01 de son poids de solution saturée, pour 10° de température, de carbonate de soude ;

3° De l'eau ne contenant que 0,001 de la même solution alcaline saturée ;

4° Une solution contenant 0,001 de tannin pur ;

5° Une solution renfermant 0,001 d'acide sulfurique;

6° De l'eau distillée saturée de chaux.

Dans l'eau distillée, dans le liquide à 0,001 de solution de carbonate de soude, et dans la solution à 0,001 de tannin, la germination eut lieu suivant l'ordre ci-dessus ; dans les trois autres liquides (*à 0,001 d'acide, 0,01 de carbonate de soude ou saturée de chaux*), elle ne put s'effectuer.

L'eau distillée devint bientôt légèrement acide. Le développement des tiges de la plupart des graines, d'abord un peu plus rapide que dans la solution à 0,001 de solution de carbonate de soude, se ralentit comparativement à ce qui avait lieu pour ce dernier liquide.

Lorsque celui-ci fut neutralisé par l'acide excrété de la végétation, on rétablit la proportion primitive du sel alcalin. Dans les deux liquides, les racines blanches et les tiges vertes avaient, au bout de quinze jours, une longueur de plusieurs centimètres.

Dans la solution à 0,001 de tannin, toutes les radicules prirent peu à peu une teinte brune, ne se développèrent que très-peu et incomplétement; les plumules restèrent blanchâtres, mais ne développèrent pas de tiges vertes. Il y avait donc un obstacle très-fortement marqué, de la part de ce liquide à tout développement ultérieur.

Lorsque la faible proportion du tannin libre disparut par suite de sa réaction sur la fécule et le *gluten* des graines, quelques-unes de celles-ci poussèrent des racines latérales qui restèrent blanches, tandis que les premières radicules, très-courtes et brunies, restèrent sans aucun accroissement, ce qui démontre encore l'altération de leurs parties terminales spongieuses, sans toutefois que la vie se soit éteinte dans l'embryon. En effet, d'ailleurs, le développement de la plumule en une tige verte eut lieu, en suivant les progrès des nouvelles racines. Il en fut de même pour plusieurs des graines transportées dans l'eau pure après la réaction du tannin : la plupart poussèrent des radicelles latérales qui fournirent alors au développement de la plumule.

Voulant observer l'effet de la même solution, si faible, de tannin sur les progrès d'une végétation active, j'y transplantai plusieurs plantes de blé développées dans l'eau distillée, et dont les racines et les tiges avaient de trois à cinq centimètres de longueur, laissant végéter comparativement les autres graines dans l'eau.

Pendant deux jours, les effets différèrent peu sensiblement; mais ensuite, dans la solution du tannin, les racines prirent évidemment une teinte brunâtre, qui fut constamment beaucoup plus foncée sur toutes les extrémités spongieuses où l'altération s'était d'abord manifestée, et qui peu à peu se communiqua au liquide.

Les tiges devinrent d'un vert graduellement plus pâle, puis légèrement jaunâtres ; le développement des racines s'arrêta, et celui des tiges se ralentit tellement, qu'au bout de dix jours leur longueur était à peu près de moitié moindre que celle acquise dans l'eau simple pour les graines semblables.

Dans une solution contenant 0,002 de tannin pur, les bouts spongieux des racines de blé, sont sensiblement brunis au bout de vingt-quatre heures, à la température de quinze à dix-sept degrés.

En examinant sous le microscope, avec M. Turpin, les racines dont le développement avait été arrêté par le tannin, nous avons reconnu que leurs extrémités spongieuses étaient

devenues opaques et entièrement engorgées; que dans les parties plus anciennement développées, l'opacité, moindre, laissait encore apercevoir les conduits, mais ceux-ci complétement obstrués, bruns et sans transparence.

Tandis que, vues comparativement, des racines de graminées à l'état normal, fraîches et diaphanes, laissaient se dessiner sur le porte-objet toutes les lignes de leur organisation graduellement plus serrées et plus fortes en remontant des extrémités les plus jeunes, vers la tige, où se rencontrent leurs parties plus anciennement formées.

Il était donc évident que la réaction précitée, en attaquant avec énergie les parties le plus faiblement organisées, par lesquelles le prolongement doit s'effectuer, en interrompant, d'ailleurs, toutes communications entre les différentes parties des racines et des tiges, avait dû arrêter le développement des unes, ralentir considérablement celui des autres, et compromettre même leur existence.

Il paraît devoir résulter des faits précédens :

1°. Que le tannin, même en faibles proportions, exerce sur les racines de certaines plantes une action délétère ;

2° Que les acides en certaines proportions, même faibles, nuisent à la germination et au développement des plantes ;

3° Qu'une faible réaction alcaline est favorable aux progrès de la végétation;

4° Que la saturation de l'acidité développée dans la germination, hâte les progrès de celle-ci, et favorise les développemens ultérieurs.

Ces trois derniers résultats s'accordent avec une foule de faits pratiques, et avec des observations que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie et à la société centrale d'agriculture, sur l'influence des émanations de quelques fabriques, de divers engrais, et d'autres agens extérieurs de la végétation.

Ils rendent compte de l'un des effets utiles de la chaux, des cendres des végétaux, de la marne calcaire, etc., et de l'influence défavorable des substances alcalines employées en trop fortes proportions, ou inégalement réparties.

Il peut encore résulter de ces expériences et de plusieurs autres que les roches calcaires ou leurs débris lentement désagrégés, et décomposés par l'acide excrété des racines, dégagent de l'acide carbonique, et contribuent ainsi à la nutrition des plantes.

Ces faits sont d'ailleurs en harmonie avec les conséquences des belles expériences de MM. Becquerel, Dutrochet et Edwards.

NOTE

Sur un acide retiré de la Saponine et nommé Esculique ;

Par M. Éd. FRÉMY.

L'auteur a adressé le 17 février à l'Académie royale des sciences, une note sur l'*acide esculique*. Quand on soumet les marrons d'Inde pulvérisés à un traitement alcoolique à froid, on leur enlève le principe âcre qu'ils contiennent, et l'alcool donne pas l'évaporation une masse gélatineuse légèrement colorée en jaune, qui jouit des propriétés suivantes. Elle est soluble dans l'eau et l'alcool en toute proportion ; mais sa solubilité décroit à mesure que la concentration de l'alcool augmente : elle est insoluble dans l'éther. La solution aqueuse mousse par l'agitation; traitée par l'acide nitrique elle se transforme en une résine jaune. On voit que ces propriétés sont celles de la saponine retirée de la saponine d'Égypte. On peut donc assurer que les marrons d'Inde contiennent aussi de la saponine.

Si l'on traite la saponine de marrons d'Inde par l'acide hydrochlorique, il ne se produit pas d'abord de précipité ; mais bientôt la liqueur se trouble et dépose une matière blanche acide ; si l'on chauffe, cette précipitation s'opère à l'instant même. Ce précipité est à peine soluble dans l'eau froide, très-soluble dans l'alcool, et cristallise en petits cristaux grenus. L'auteur donne à cet acide le nom d'*esculique*. Outre cet acide, la saponine de marron d'Inde contient un autre principe colorant très-âcre qui jouit de propriétés acides. La combinaison de cette matière avec la potasse est insoluble dans l'alcool faible, tandis que l'esculate de cet alcali y est très-soluble.

On traite donc la saponine à chaud ou à froid par un peu de potasse : puis l'on verse de l'alcool dans la liqueur qui précipite la combinaison de la matière colorante avec la potasse sous forme de sirop épais. L'on décante, et l'on évapore pour chasser l'alcool. On traite alors par un acide qui précipite l'acide esculique. On voit donc que, dans la saponine de marron, cet acide est retenu par cette matière colorante jaune qui s'oppose à sa précipitation. L'acide esculique pur est presque insipide, à peine soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool, insoluble dans l'éther ; par l'acide nitrique, il se transforme en une résine jaune ; ses combinaisons avec les bases sont décomposées par l'acide carbonique. Sa composition exprimée en centièmes est celle-ci :

$$H = 8,352.$$
$$C = 57,260.$$
$$O = 34,388.$$

En calculant d'après cette composition, qui exprime la moyenne de plusieurs analyses, on est conduit à la formule suivante :

$$C^{15} H^{23} O^{6}$$

La capacité de saturation a été prise sur des sels neutres de plomb et d'argent; elle a donné pour poids d'atome 6,944.

La composition atomique de l'acide esculique est donc de

$$C^{52} H^{92} O^{24}$$

Cet acide, en se combinant avec les bases, ne perd pas d'eau.

Les seuls esculates solubles sont ceux de potasse, de soude et d'ammoniaque. J.-F.

Un incendie peut-il être allumé avec une pipe? Réponse à cette question;

Par P.-H. BOUTIGNY,

Pharmacien à Évreux.

Le feu de la pipe brûle-t-il ? En d'autres termes, un fumeur peut-il être la cause de l'incendie d'une grange, d'une écurie, d'une diligence? Et subsidiairement peut-on permettre à un voyageur de fumer dans une voiture publique? Telles sont les questions que je me propose de résoudre dans cette note.

Et que l'on ne croie pas qu'elles soient oiseuses : ces questions peuvent se présenter de nouveau devant les tribunaux, car elles y ont été agitées déjà plusieurs fois.

Je dirai à cette occasion que les personnes qui sont ordinairement appelées devant les magistrats dans des cas de chimie judiciaire, ne peuvent trop s'appliquer à faire disparaître les difficultés qui se présentent et se renouvellent continuellement. On se rappelle cette question qui fut adressée au plus savant toxicologiste de notre époque : Un individu peut-il avoir eu les cheveux rouges ou noirs le matin, et blonds le soir; *et vice versâ?* Si M. Orfila n'eût pas pensé long-temps d'avance que cette question pouvait être faite, certainement il eût été embarrassé; mais il ne le fut nullement. Il montra au tribunal des cheveux rouges devenus blonds, noirs devenus bruns par l'action ou de l'alcool ou du chlore. C'est donc très-sérieusement que je répète : *Le feu de la pipe brûle-t-il?*

Expériences.

J'ai placé sur une planche, à une petite distance les unes des autres, les substances suivantes : de la poudre de chasse, de l'amadou, du coton nitré, du coton cardé, de la laine cardée, de l'éther, de l'alcool, du chlorate et du nitrate de potasse, des balles de blé et de la paille.

J'ai fait tomber sur chacune de ces substances des cendres brûlantes d'un cigare, et toutes sont restées parfaitement incombustibles.

J'ai recommencé l'expérience en faisant tomber, au lieu de cendres, un fragment de cigare à l'état d'incandescence; voici ce que j'ai observé :

La poudre à canon s'est enflammée, mais difficilement, et ce n'est qu'après avoir fait tomber à plusieurs reprises des fragmens de cigare incandescent, qu'elle a brûlé; l'amadou s'est allumé presque immédiatement; le coton nitré un peu moins vite; mais le coton et la laine n'ont pu être allumés. Enfin, il m'a été impossible d'enflammer ni les balles de blé, ni la paille.

Je me suis placé, pour la dernière des ces matières combustibles, dans les circonstances les plus favorables. J'ai desséché une forte poignée de paille, et c'est au sortir de l'étuve que j'ai fait tomber dessus l'extrémité tout entière d'un cigare incandescent, sans parvenir à l'enflammer. J'ai recommencé cette expérience, puis j'ai cherché à imiter le vent en dirigeant le tuyau d'un soufflet sur l'endroit où se trouvait le cigare. Eh bien! cette fois encore la paille est demeurée incombustible : *cui nihil igne deperit.*

De tout ceci il résulte, 1° qu'il est impossible d'allumer un incendie avec le *secours seul* d'un cigare; 2° qu'il doit être permis à toute personne de fumer dans les voitures publiques, lorsque les autres voyageurs ne s'y opposent pas.

Pour qui veut remonter de l'effet à la cause, les résultats que j'ai obtenus n'ont rien qui doive surprendre. On sait que le tabac est arrosé avec de l'eau salée, puis séché ensuite convenablement. Or, qu'arrive-t-il lorsque l'on fume? Il arrive que la matière végétale se désorganise, et que le charbon qu'elle fournit se trouve comme emprisonné dans le sel, qui est éminemment incombustible. Aussi le tabac n'est-il pas très-combustible, et s'éteint-il aussitôt que l'on cesse de faire arriver dessus un rapide courant d'air; en un mot, il s'éteint aussitôt que l'on cesse du fumer. Ce qui prouve encore que le sel est la cause de la presque incombustibilité du tabac, c'est que les cendres qu'il donne, lorsque l'on ne les brise pas, conservent absolument la forme du tabac lui-même.

EXPÉRIENCE CURIEUSE

Sur la combustion du fer par la seule action de l'air, lue à l'Académie royale des sciences, le 23 février 1834,

Par M. D'ARCET.

Cet honorable chimiste a reçu de M. Byerley de Londres, la communication du fait suivant. Si l'on présente une barre de fer, chauffée au rouge blanc, au vent d'un fort soufflet de forge, le métal, loin de se refroidir, brûle au contraire vivement en lançant de tous côtés des étincelles brillantes comme lorsqu'il brûle dans le gaz oxigène. Cette expérience répétée par le chimiste français, lui a très-bien réussi. La température du fer, loin de diminuer, a augmenté, et l'oxide formé coulait facilement, tandis que le fer, constamment mis à nu, a continué à brûler avec vivacité. L'oxide ainsi obtenu est très-magnétique.

M. D'Arcet a varié cette curieuse expérience de la manière suivante. Il a pris une tige de fer de 1 décimètre de long, et de 12 millimètre de diamètres, ayant un trou à l'une de ses extrémités, auquel il a attaché un fil de fer de 1 décim. 1/2 de longueur, tandis que l'autre bout de ce fil de fer était fixé à une corde. Tout étant ainsi disposé, il a fait rougir au blanc la tige de fer : alors, saisissant l'extrémité de la corde il a fait tourner le tout rapidement en rond, comme pour lancer une pierre avec une fronde. Aussitôt la combustion du fer s'est opérée rapidement; l'oxide a été lancé au loin et a brûlé dans l'air, en y produisant une foule d'aigrettes brillantes, comme on le voit dans les pièces d'artifice connues

sous le nom de soleil. La fatigue seule a mis fin à cette expérience. Il est donc maintenant aisé de démontrer, dans un cours de chimie, que le fer comme l'étain, l'antimoine et le bismuth, brûle facilement dans l'air. Mais là ne s'arrêteront pas probablement les applications que l'on pourra faire de ce fait nouveau. La pyrotechnie non-seulement en tirera parti; mais la géologie y puisera probablement de nouveaux motifs pour douter que le fer natif, et peut-être même les aérolithes, se soient trouvés à une haute température au moment où ces corps ont traversé avec rapidité notre atmosphère.

Observation d'empoisonnement par l'huile de goudron (oil of tar),

Par W. SLIGHT.

Dans le courant de juin 1832, un matelot était occupé à travailler à bord du vaisseau *la Victoire*, à côté d'un autre matelot, et s'imagina qu'il jouerait un bon tour à ce dernier en buvant un liquide contenu dans un grand vase de terre, et qu'il croyait être sa portion de rhum. Malheureusement, au lieu de rhum c'était de l'huile de goudron. Il en rejeta aussitôt une grande partie. Cependant il croyait bien en avoir avalé au moins un quart de pinte. Ne voulant pas faire connaître sa méprise, de peur de devenir l'objet de la dérision de l'équipage, il continua à travailler pendant plusieurs heures, et le soir, descendit à terre et eut beaucoup de peine à arriver jusqu'à la maison où demeurait sa femme. M. Slight ne le vit que sept heures après l'accident et le trouva dans un état d'affaiblissement considérable, vomissant continuellement et se plaignant de douleurs excessives dans les entrailles et les reins, mais sans douleur à la tête et sans battement des artères temporales, comme on l'a observé dans le cas du capitaine Burdett (1). Il n'a rien éprouvé de semblable depuis le moment où il a avalé l'huile. Le fluide rejeté par les vomissemens avait l'odeur du goudron si prononcée qu'on la distinguait avant d'entrer dans la chambre du malade. Trente grains d'ipécacuanha administrés dans de l'eau tiède procurèrent encore la sortie d'une grande quantité du liquide qu'il avait avalé, bien que l'on dût penser qu'il n'en devait plus rester. Une saignée de 30 onces et une once et demie d'huile de ricin calmèrent tous les symptômes.

Il fut visité deux heures après : il éprouvait des évacuations abondantes, qui, aussi bien que les matières des vomissemens, avaient une odeur extrêmement forte de goudron, en même temps que l'urine, qui était très-colorée et offrait le même caractère. Un vésicatoire fut appliqué sur l'épigastre, et le malade dut prendre pendant la nuit une potion cathartique. Des fomentations chaudes furent appliquées sur le ventre et les reins.

Le lendemain matin, il se trouva si bien qu'il retourna à bord reprendre ses travaux; mais ses forces ne le lui permirent pas, et il fut obligé de se reposer encore ce jour entier. J.-F.

(1) Ce capitaine mourut à peu près à l'époque où eut lieu cet empoisonnement à Brighton, par l'effet d'une méprise commise par l'aide du médecin, qui lui donna une quantité d'huile de goudron, au lieu d'une potion apéritive qui lui avait été prescrite.

Empoisonnement par les champignons;

Par M. CHEVALLIER.

M. Barruel et moi, chargés d'examiner et analyser les matières provenant des vomissemens de trois individus morts pour avoir mangé des champignons vénéneux : nous nous sommes réunis dans le laboratoire de chimie de la Faculté de médecine, nous avons mis ces matières sur un filtre de papier joseph, et les avons abandonnées pour que la filtration pût s'opérer.

Ces matières filtrant lentement, nous les abandonnâmes jusqu'au lendemain, nous réservant d'essayer les matières filtrées par les réactifs.

Le lendemain, M. le commissaire de police, sur notre observation qu'il serait utile de reconnaître l'espèce de champignons qui avait pu donner lieu aux accidens, accompagna l'un de nous au bois de Vincennes. Là, aidés d'un garde, nous trouvâmes sur les lieux indiqués par les victimes quatre espèces de champignons. Nous les recueillîmes et les soumîmes à l'examen de M. Brongniart, agrégé de la Faculté, qui les reconnut pour être des agarics. 1° l'*Agaricus grammopodius*, 2° l'*Agaricus infudibuliformis*, 3° l'*Agaricus fusipes*, 4° enfin l'*Agaricus pectinaccus* (Buillard), *Agaricus emeticus* (Persoon), *Agaricus integer* (Sowerby). Les trois premières espèces ne sont pas considérées comme vénéneuses, tandis que l'*Agaricus emeticus* est considéré comme étant très-vénéneux, et des expériences faites à Vienne par M. Krapf ont prouvé combien ces champignons étaient dangereux.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette affaire, c'est que l'un des gardes du bois de Vincennes nous signala comme étant ramassé par diverses personnes, l'*Agaricus emeticus*, le seul qui, récolté sur les lieux parcourus par la femme Soupault et par les frères Edmond, ait pu causer les accidens qui ont déterminé leur mort.

Le même garde, ainsi que d'autres personnes, nous signalèrent les accidens arrivés à une femme de la barrière de la Grande-Pinte : accidens qui ne peuvent être attribués qu'au champignon dont il est ici question, puisque les autres ne sont pas considérés comme vénéneux, et que même Persoon range dans les champignons comestibles les *agaricus infundibuliformis* et *fusipes*.

Le lendemain, les liqueurs étant séparées, par filtration, des matières solides, nous plaçâmes une partie des liqueurs dans des verres à expérience, et nous les traitâmes, successivement par l'acide hydrosulfurique et autres réactifs. Aucun phénomène ne nous fit reconnaître dans ce liquide la moindre trace d'un substance métallique.

La portion des liquides qui n'avait pas été employée aux recherches par les réactifs, fut soumise à une évaporation lente; elle fournit un extrait ayant une odeur fade nauséeuse. Cet extrait avait une saveur d'osmazone, suivie d'un sentiment d'âcreté et de stipticité tout-à-fait particulier.

Les champignons appartenant à l'*Agaricus emeticus*, que nous avions rapportés du bois de Vincennes, furent pilés et traités par l'eau distillée à l'aide de la chaleur. La décoction clarifiée, ayant été soumise à l'évaporation, a fourni un extrait qui nous a frappé par son analogie avec l'extrait obtenu de l'évaporation des liquides recueillis lors de l'autopsie : un goût d'osmazone, une saveur âcre et stiptique. Il est cependant nécessaire de dire que dans ce dernier l'âcreté était moins marquée que dans l'extrait obtenu des liquides animaux provenant des frères Edmond et de la femme Soupault.

Divers essais faits comparativement sur ces extraits ne nous ont pas permis d'isoler le principe vénéneux qui existait dans l'extrait de champignons et qui pouvait peut-être encore exister dans l'extrait obtenu de matières animales. Ces essais étaient d'autant plus difficiles qu'on n'a pas encore isolé le principe vénéneux des Agaricus, et qu'on ne connaît encore sa nature ni ses caractères.

En résumé, il nous a été impossible de démontrer, autrement que par l'analogie de saveur, la cause de la mort des frères Edmond et de la femme Soupault.

Cependant nous ne pouvons raisonnablement attribuer ces accidens qu'aux champignons, puisque nous n'avons aperçu dans ces matières aucune substance susceptible de causer des altérations dans l'économie animale, et qu'en outre il est démontré que l'Agaricus emeticus est le seul champignon récolté dans le bois de Vincennes, et le seul qui ait quelque ressemblance avec les champignons comestibles.

Expériences et observations sur le suc gastrique et la physiologie de la digestion;

Par M. W. BEAUMONT.

L'auteur, chirurgien dans l'armée des États-Unis, eut l'occasion d'observer un Canadien qui par suite d'un coup de feu dans l'épigastre, conservait une fistule stomacale, bien qu'il eût recouvré toute sa santé et sa force.

Cette ouverture permit à M. Beaumont de faire sur la digestion diverses expériences dont voici les principales conclusions : 1°. Les substances animales et farineuses sont d'une digestion plus facile que les substances *végétales*. 2°. La digestion est facilitée par la division et la mollesse des substances et retardée prr les qualités opposées. 3°. L'action de l'estomac et de ses fluides est la même sur toute espèce de substances. 4°. La digestibilité d'un aliment ne dépend pas de la quantité de principes alimentaires qu'il contient. 5°. La quantité de nourriture que l'on prend généralement est trop considérable, et l'économie souffre de cet excès. 6°. La masse est aussi nécessaire que la qualité nutritive dans les substances. 7°. Les nourritures huileuses sont d'une difficile digestion, quoiqu'elles contiennent une grande proportion de parties nutrives. 8°. La durée de la digestion est variable suivant la quantité ou la qualité de l'aliment, suivant l'état de l'estomac, etc.; mais le temps nécessaire pour la digestion d'une repas modéré, est de trois heures à trois heures et demie. 9°. Les assaisonnemens stimulans et les liqueurs spiritueuses, sont nuisibles à un estomac sain; 10°. Les substances alimentaires introduites directement dans l'estomac, se digèrent aussi bien que celles qui passent par la bouche et l'œsophage; la salive n'a pas de propriété dissolvante sur les alimens. 11°. Le suc gastrique, agent de la digestion, ne se trouve jamais épanché dans l'estomac; la secrétion en est déterminée par la présence des alimens ou de tout autre stimulant; il est secrété par des vaisseaux particuliers, et non par les follicules mucipares; il coagule l'albumine, puis dissout le *coagulum*; capable de se combiner avec une certaine quantité d'alimens, il se trouve quelquefois en quantité insuffisante, et alors il survient une indigestion. 12° La bile ne se rencontre pas ordinairement dans l'estomac, et elle n'est pas la plupart du temps nécessaire à la digestion; mais quand des substances huileuses ont été ingérées, elle vient aider le travail digestif. 13°. Le chyme est homogène, mais variable dans sa couleur et sa consistance; vers la fin de la chymification, il devient plus acide et plus stimulant, et sort plus rapidement de l'estomac. 14°. L'eau, les liqueurs spiritueuses, et plusieurs autres fluides, ne sont pas altérés par le suc gastrique; ils sortent de l'estomac aussitôt qu'ils y ont été reçus.

Tous ces faits ont été recueillis par M. Beaumont à l'aide d'expériences variées sur le Canadien. La fistule stomacale permettait d'introduire des alimens dans le viscère et de reconnaître les divers changemens qu'ils y subissaient. Il a pu aussi placer la boule d'un thermomètre dans l'estomac de cet homme, qui, malgré sont infirmité, jouissait d'une bonne santé, et constater la température de l'organe dans différens temps. Estomac vide; l'homme étant en repos, maximum, 37°7, minimum 36°6; moyenne 37°1. Estomac vide, l'homme étant en mouvement, maximum 38°8; minimum, 37°7; moyenne 38°2. Estomac durant la chymification, en repos, maximum 38°8, minimum 37°2, moyenne 38°. Estomac durant la chymification en mouvement : maximun 39°4, minimum 37°7, moyenne 38°5.

M. Beaumont en conclut que la température de l'estomac est de 37°7 centésimaux, qu'elle n'est pas élevée par l'indigestion des alimens, et que le sommeil ou le repos la fait baisser. Dans ces observations il a reconnu que la portion pylorique du viscère est plus chaude de 0,4 cent. que la portion splénique. P.

NOTE

Sur la Codéine; Par M. W GRÉGORY. *Extrait d'une lettre adressée à* M. ROBIQUET. (Journal de pharmacie.)

Je viens d'examiner le muriate de morphine préparé d'après notre procédé par M. Duncan. Ce sel est d'une blancheur éclatante, et ne retient pas la moindre trace de narcotine.

J'ai opéré sur deux kilogrammes, en suivant votre procédé pour la codéine, et de cette quantité j'ai retiré 2 onces de codéine hydratée, parfaitement soluble dans l'éther et dans l'eau. Je lui ai trouvé toutes les propriétés que vous avez si bien développées dans votre dernier travail. Ayant ainsi à ma disposition une quantité considérable de cette substance nouvelle, j'ai cru devoir faire quelques expériences sur ses propriétés thérapeutiques. j'ai donc préparé du nitrate cristallisé, que j'ai pris moi-même, et que j'ai fait prendre à plusieurs de mes élèves, qui ont bien voulu en essayer les effets. Personne n'a rien ressenti d'une dose de 3 grains et au-dessous; mais une dose de 5 à 6 grains a produit des symptômes assez remarquables. D'abord, accélération de pouls, chaleur dans la tête et dans le foie; ensuite excitation remarquable de l'esprit, analogue à celle que produisent des liqueurs enivrantes; excitation agréable et qui dure assez long-temps. Elle est accompagnée d'une démangeaison des plus marquées qui commence à la tête, et qui se répand sur tout le corps. Après quelques heures, cet état est suivi d'une dépression désagréable, avec nausées et quelquefois vomissemens. Aucun de nous n' servéa laob moindre tendance au sommeil, excepté après l'état de dépression. Nous n'avons pas poussé plus loin la dose; mais il paraît que la codéine possède un effet stimulant, et produit une forte démangeaison à la dose de 5 grains. Telle est la marche ordinaire des symptômes qu'elle détermine; mais chez plusieurs individus, ses effets, surtout dans l'état de dépression, ont été fort désagréables. D'après ces expériences, il n'est pas probable, comme vous l'avez soupçonné, que la présence de la codéine soit la cause de la supériorité du muriate de morphine ordinaire. Comme ce dernier sel agit, à la dose d'un quart de grain et ne contient que la trentième partie de son poids de codéine, dont il faut 3 ou 4 grains pour agir, on ne peut pas en attribuer les qualités à la codéine. Reste à savoir si le muriate, dépouillé de codéine, est moins stimulant pour cela, et s'il ne cause pas les démangeaisons que j'ai vu assez souvent produites par le muriate non purifié; et même aussi par l'opium dans un bon nombre de cas. C'est un point que je me propose d'examiner prochainement.

Je dois ajouter que dans deux ou trois cas, la codéine a produit un très-léger effet purgatif, tandis que dans d'autres elle a paru indifférente sous ce rapport.

Observations sur la lettre de M. Grégory,

Par M. Robiquet.

J'avais dit aussi que la morphine était loin de représenter les propriétés essentielles de l'opium, et que la codéine viendrait peut-être en offrir le complément. Les observations de M. William Grégory confirment en grande partie mes prévisions; mais il est à remarquer que cet habile chimiste n'a employé la codéine qu'à l'état de nitrate, et qu'il résulte des expériences de M. Kunkel que la codéine perd beaucoup de son action sur les organes, lorsqu'elle est combinée avec les acides. Il est donc à présumer qu'en employant ce nouvel alcaloïde en simple solution aqueuse, on obtiendra des effets beaucoup plus marqués que ceux observés par M. Grégory. P.

BIBLIOGRAPHIE.

AVRIL 1834.

Traité d'anatomie descriptive ; par J. Cruveilhier, *professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine, médecin de la Salpêtrière, président de la Société anatomique, etc. Paris*, 1834, 3 *vol. in-8°. Chez Béchet jeune.*

Parmi les ouvrages didactiques d'anatomie que nous possédons, il n'en est aucun qui représente exactement l'état actuel de la science, ou s'ils ont été à sa hauteur, au moment de leur première publication, ils ont été depuis dépassés par elle ; car, il faut le dire, l'idée de progrès ne paraît pas avoir présidé jusqu'ici aux réimpressions, même des plus modernes. Ainsi, nous applaudissons au zèle de M. le professeur Cruveilhier d'avoir bravé les dégoûts d'un travail long, minutieux et parfois très-aride, pour livrer au public l'inventaire exact de cette science ; en y ajoutant les résultats de ses recherches particulières. Nous allons indiquer rapidement le plan et les détails de cette importante publication.

Les anciens divisaient le corps humain en parties similaires et dissimilaires. A la première division, ils rattachaient l'étude des os, des ligamens, des muscles, des vaisseaux, des nerfs ; la deuxième comprenait, sous le nom de splanchnologie, la description des organes des sens et des viscères. cette division qui contient le germe de celle qui a été plus tard créée et fécondée par le génie de Bichat, fut universellement adoptée à quelque variantes près ; et elle règne encore dans les œuvres sorties de l'école de Desault.

Mais à l'époque où la physiologie s'efforça de prendre rang dans la science, on sentit le besoin de faire marcher l'anatomie de pair avec elle. Haller, dans son immortel ouvrage, fit précéder l'examen de chaque fonction par l'étude des organes ou instrumens qui l'exécutent ; et la physiologie, à son tour, vint servir de base aux divisions anatomiques. Tel a été le plan suivi par Sœmmering, par Bichat, et adopté depuis dans tous les ouvrages d'anatomie. Bien que plus scientifique et plus brillante que la première, cette division, à mon sens, n'en présente pas moins de graves inconvéniens.

Nos fonctions sont bien isolées les unes des autres, mais il n'en est pas de même des organes : la nature fait souvent servir les mêmes à des fonctions toutes différentes, et pour ne citer que le squelette, que l'on rattache aujourd'hui à l'appareil locomoteur, ne sert-il pas d'enveloppe à plusieurs viscères importans et surtout au centre nerveux cérébro-spinal, n'offre-t-il pas des cavités protectrices aux organes des sens, etc.

Et d'ailleurs, il s'en faut de beaucoup que nous connaissions les fonctions de tous les organes. Sans rappeler ici le corps thyroïde, la rate, les capsules surrénales qui n'ont pas encore droit de domicile dans nos classifications physiologiques, où et comment décrire le nerf que l'on nomme grand sympathique ? Aujourd'hui depuis Bichat surtout, on l'a morcelé en ganglions, comme s'il était prouvé que les ganglions forment des centres nerveux isolés, des foyers d'action indépendans les uns des autres. Certes, s'il est bon que l'anatomie et la physiologie soient aujourd'hui considérées comme sœurs, il ne faut pas que cette dernière rende son aînée esclave de ses caprices.

N'attachons donc point une importance exagérée à telle ou telle classification ; il est de l'essence de toutes d'être imparfaites, surtout dans l'économie animale : il ne faut jamais les considérer que comme un guide pour notre faible conception, et non comme un tableau précis de la marche de la nature.

Je parlerai donc peu du plan choisi par le professeur Cruveilhier. Il a conservé en partie l'ancienne division, en la modifiant toutefois par les idées physiologiques et la conciliant avec l'ordre de la difficulté dans les dissections.

Le premier volume est consacré à la description des os, des articulations, et à celle des dents, sous la forme d'appendice.

Le deuxième est destiné à la myologie, à l'aponévrologie, et à le spanchnologie, qui embrasse les organes de la digestion, ceux de la respiration et l'appareil génito-urinaire.

Le troisième enfin, qui n'est pas encore publié, contiendra l'appareil circulatoire, et les appareils de sensation et d'innervation.

Pour apprécier cet ouvrage, il faut surtout en suivre les détails.

Il était difficile d'ajouter à ce que l'on connaît sur la forme et les connexions des os ; cependant quelques détails, jusqu'ici inaperçus, des considérations générales sur diverses régions du squelette, un parallèle des membres thoraciques et abdominaux plus exact que celui établi par Vicq-d'Azyr, enfin, une classification nouvelle des articulations, ont ajouté de l'intérêt à cette portion si rabattue de l'anatomie ; l'ostéogénie surtout a été étudiée avec un soin particulier et renferme plusieurs faits nouveaux.

L'histoire de la dentition est exposée avec une clarté remarquable. Le professeur Cruveilhier, étudiant la membrane qui tapisse la cavité du follicule dentaire, a reconnu une différence notable entre la portion qui recouvre le bulbe dentaire et celle qui se réfléchit sur la face interne de la membrane fibreuse extérieure. Cette différence de structure me paraît importante à noter, en ce qu'elle confirme l'opinion émise par Hunter sur la formation de l'émail.

La description des muscles occupe une portion considérable du deuxième volume. M. Cruveilhier les a classés d'après l'ordre topographique dont l'expérience a depuis long-

temps consacré l'utilité, et que Bichat lui même crut devoir préférer à l'ordre physiologique. Cet ordre, en effet, tout en permettant d'analyser la part que chaque muscle prend aux divers mouvemens, se prête beaucoup mieux que l'autre à l'étude si importante des rapports et aux déductions pratiques. Toutefois pour concilier autant que possible les avantages de ces deux modes d'exposition, M. Cruveilhier a placé à la fin de la myologie un tableau général des muscles classés d'après leur affinités physiogiques. Du reste, l'exposition détaillée de cette partie de l'appareil locomoteur est tracée avec beaucoup de précision. Le professeur Cruveilhier a déterminé plus rigoureusement qu'on ne l'avait fait, les insertions de plusieurs muscles, et notamment de ceux qui meuvent la colonne vertébrale. Dans un résumé, placé à la suite de la description des muscles spinaux postérieurs, il a indiqué la loi qui préside à la disposition de leurs nombreux faisceaux, et en a, par là, beaucoup simplifié l'étude. Seulement il est à regretter, qu'à l'occasion des ces derniers, il se soit éloigné de la marche adoptée pour la descristion des autres muscles, et qu'il les ait divisés, suivant leur longueur, en portions correspondantes aux régions diverses de la colonne vertébrale. La clarté et l'exactitude me semblent avoir perdu à cette innovation.

Les travaux modernes dont l'anatomie chirurgicale a été l'objet, ont fait sentir l'importance des aponévroses d'enveloppe. Autrefois on les étudiait isolément et à l'occasion des parties pour lesquelles elles sont destinées. M. Cruveilhier a cru devoir les rapprocher les unes des autres, ainsi que les fascias celluleux, et en présenter l'ensemble sous le titre d'aponévrologie. Ce groupement a l'avantage de faire saisir les lois générales qui président à leur disposition. Mais en retour ne peut-on pas lui adresser le reproche de scinder quelquefois l'étude des parties étroitement unies entre elles et formant un tout indivisible? Et pour ne citer qu'une exemple, n'y a-t-il pas inconvénient à séparer l'aponévrose abdominale des muscles larges de l'abdomen? N'est-elle pas une de leurs parties constituantes, puisqu'elle sert d'insertion à la plupart de leurs fibres? A part cet inconvénient, l'aponévrologie est une addition heureuse à nos ouvrages classiques d'anatomie; elle a été exposée par le professeur Cruveilhier avec tout le soin qu'elle mérite.

Les organes de la digestion, de la respiration et de la voix, l'appareil génito-urinaire et le péritoine, composent ce que M. Cruveilhier a décrit sous le nom de splanchnologie, et terminent le deuxième volume. Les bornes d'une analyse ne me permettent pas de suivre l'auteur dans les détails neufs et pleins d'intérêt qu'il y a répandus. J'ai remarqué surtout la description du pharynx, et celle de l'estomac dont la membrane muqueuse a acquis aujourd'hui une si grande importance, des recherches sur la structure des villosités intestinales, du foie et de la rate.

La lecture de cet ouvrage laisse à l'esprit l'idée d'un travail consciencieux, fait d'après l'étude de la nature, et non sur les vues spéculatives du cabinet. Les descriptions en sont vraies, le style clair.

M. Cruveilhier s'est efforcé de signaler tout ce qui peut intéresser la pathologie et la thérapeutique. Pour guider les élèves dans leurs dissections, il a présenté, partout où le besoin s'en est fait sentir, un résumé succinct du mode de préparation.

Espérons que M. Cruveilhier, cédant à l'impatience de ses lecteurs, se hâtera d'achever la publication de ce traité. Il lui reste encore à décrire l'appareil circulatoire, les organes des sens et de l'innervation. La tâche est difficile, sans doute, mais elle n'est pas au-dessus de son talent.

ALPH. ROBERT, *agrégé à la Faculté de Médecine.*

Aperçu sur les principales difformités du corps humain; par VINCENT DUVAL, D. M. P., *directeur des traitemens orthopédiques de l'hospice des Orphelins, etc.* Paris, 1833. In-8.° pp. 112.

Ce travail est le résumé d'un rapport contenant, au dire de l'auteur, plus de dix mille faits, et représentant les différentes difformités observées depuis dix ans dans toutes les classes de la société, ainsi que les causes variées sous l'influence desquelles on les voit naître et se développer.

L'auteur, après avoir donné, dans l'avant-propos, une statistique intéressante des malades traités dans les hôpitaux de Paris, entre en matière sur les *déviations de la colonne vertébrale.* Chez les enfans des classes ouvrières, c'est principalement pendant le travail des dentitions que les courbures de la colonne vertébrale se manifestent; chez les enfans des classes riches ou aisées, c'est depuis 8 jusqu'à 18 ans, durée assez ordinaire de leur séjour en pension, et ces incurvations ont lieu bien plus souvent lateralement qu'en arrière. Chez les enfans du peuple des grandes villes et des villages, elles attaquent les deux sexes en égale proportion, tandis que dans la classe riche on observe la majorité des déviations chez les personnes du sexe féminin. Cependant cette disposition, quant aux sexes, dans les classes riches, ne commence à devenir manifeste que vers l'âge de 7 ou 8 ans; jusque-là les déviations attaquent assez indifféremment les garçons ou les filles. Dans la première enfance, les déviations sont presque aussi fréquentes en arrière que latéralement, mais dans la seconde enfance, elles sont presque toutes latérales. Chez les jeunes filles, l'usage du busque, du corset, le travail à l'aiguille, l'étude du piano, du dessin, de l'écriture, causent la déviation de la partie inférieure de l'épine, fatiguée par le poids de tout le reste du tronc. La déviation se montre d'abord dans les deux ou trois premières vertèbres lombaires et dans les dernières dorsales.

Après avoir traité avec détail les déviations vertébrales latérales, l'auteur passe aux déviations en arrière ou gibbosités, aux déviations en avant, à la déviation des genoux en dedans, sans ou avec complication de courbures des jambes, aux courbures des jambes sans complication de déviation des genoux, arrive enfin aux pieds-bots.

Les autopsies ont convaincu M. Duval que la cause du ramollissement des os est l'inflammation du périoste, inflammation qui se propage à l'intérieur de l'os, à la membrane médullaire, qui précède toujours les courbures vicieuses, particulièrement celle des membres. L'auteur énonce seulement cette opinion, dont il donnera probablement les preuves dans le *traité* complet qu'il doit publier.

La paralysie partielle d'un membre inférieur est souvent une cause de déviation latérale.

Le diagnostic des difformités prononcées est facile ; quant aux difformités commençantes, on en est averti par les phénomènes suivans : elles sont toujours précédées de douleur dans le point disposé à se courber, au moins lorsque la courbure doit occuper la continuité des os, soit les fémurs, soit les tibias ou les os des bras. Assez souvent la peau qui recouvre les tibias, est rougie, et le tissu cellulaire sous-cutané engorgé. Les genoux, les malléoles et les poignets se gonflent et deviennent douloureux. Si l'on ne remédie promptement à ces symptômes, la courbure des jambes se développe bientôt, et si l'on veut faire marcher l'enfant ainsi endolori, affaibli et presque impotent, la déviation de l'un des genoux en dedans suit bientôt la courbure des jambes.

Le plus constant des signes de la déviation de l'épine est la douleur dans l'endroit qui doit être déformé, le malaise, la lassitude dans les lombes, quelquefois des mouvemens convulsifs, la contracture des muscles, principalement des fléchisseurs.

Le traitement des difformités est préservatif ou curatif. Le premier consiste à traiter les maladies chroniques subsistantes et qui modifient la constitution :

Lorsque les difformités sont confirmées et qu'il n'y a plus d'espoir de les faire disparaître à l'aide des moyens généraux, on a recours aux moyens mécaniques, dont le mode d'action consiste à *déprimer graduellement les parties saillantes et à relever les parties affaissées, ou, en d'autres termes, à exercer une compression sur les saillies, afin d'ouvrir les arcs formés par les courbures.* Le coucher sur un sommier de fougère ou de serpolet étendu sur un fond de lit en planche, incliné de la tête aux pieds, comme un lit de camp, sans oreiller ni traversin, l'action de grimper au revers d'une échelle, la progression sur de longues crosses (béquilles), et les moyens médicamenteux indiqués ci-dessus, forment la base du traitement des déviations latérales peu avancées. Mais, lorsque les concavités des courbures présentent une profondeur seulement de six à huit lignes, il faut avoir recours à l'extension *rémittente*. (Extension *oscillatoire* de M. Jalade Lafond.) M. Duval a modifié l'appareil que l'on employait pour produire cette extension, en faisant mouvoir par le malade même et à l'aide d'une manivelle, la machine à extension. Ce procédé a l'avantage d'exercer la petite épaule, et de ramener vers la ligne médiane d'où elles se sont écartées les vertèbres dirigées du côté de la grosse épaule ; il devrait, ce nous semble, avoir aussi l'avantage d'empêcher le accidens qui peuvent résulter des tiraillemens de la colonne vertébrale par une force étrangère ou non intelligente.

Des moyens tout aussi ingénieux sont décrits pour remédier aux courbures des membres. Nous ne pouvons les comprendre dans cet article.

Le travail de M. Duval nous paraît celui d'un bon observateur et d'un praticien qui a creusé son sujet. Ce ne sont point des discussions théoriques, ce sont des faits et des résultats de faits qu'on y rencontre ; nous engageons l'auteur à poursuivre ses recherches, ou plutôt à en présenter le résultat complet. Nous félicitons aussi le conseil des hôpitaux d'avoir introduit dans ses établissemens les traitemens orthopédiques. Ce n'est pas seulement une bonne œuvre, c'est encore une économie bien entendue ; car c'est rendre, par un sacrifice temporaire, à la société et à leurs familles auxquelles elle devient utile, une classe d'individus qui, abandonnée à elle-même, finit tôt ou tard par grever d'une rente viagère les revenus des hôpitaux.

CH. LONDE.

Examen des doctrines médicales, par F. J. V. BROUSSAIS. — 3e *édition*, 4e *volume*.

L'auteur de l'article qu'on va lire eut à juger, il y a plusieurs années, la 3e édition de l'*Examen des doctrines médicales*. Alors, comme à présent, il croyait fondamentalement fausses les bases de la médecine physiologique, et professait pour le talent de M. Broussais la plus haute considération ; il pensait que la critique ne pouvait être quitte envers un tel homme au moyen de quelques plaisanteries spirituelles et faciles, et il essayait, par la méditation et le travail, de mettre la logique du bon sens en face de la logique du nouveau chef d'école. Il procédera aujourd'hui de la même manière, étudiant avec sérieux, avec conscience, quelquefois avec admiration, souvent avec peine, le dernier volume de l'*Examen*.

Ce volume nous paraît supérieur aux trois qui l'ont précédé.

Dans ces derniers, le médecin physiologiste examinait surtout les hommes que, de nos jours, on est convenu d'appeler les *anciens* (sans doute parce que leur méthode d'observation se rapportait à la méthode *antique*), et les poursuivait tous avec une égale colère, Hippocrate, Galien, Arétée, comme Thémison, Stahl, Sydenham, Baglivi, Boerhave, comme Paracelse. Dans tous ces illustres observateurs, M. Broussais ne voyait que folie, *fatalisme, ontologisme. Fatalisme*, parce qu'ils avaient cru découvrir dans les mouvemens de l'organisme de certaines lois, dans les maladies une marche régulière, une tendance déterminée et jusqu'à un certain point indépendante de nos actions thérapeutiques, parce qu'ils avaient pensé que les phénomènes observés sur l'homme vivant ont entre eux des relations de causalité qui peuvent les faire prévoir, qui permettent de les amener ou de les détourner les uns par les autres. Les idées de *force vitale*, de *nature médicatrice*, de *crises*, et les principes d'expectation ou d'action dans le sens voulu par la nature, qui en découlaient, n'étaient, pour lui, que l'expression de ce vieux et universel fatalisme médical. *Ontologisme*, parce qu'ils avaient supposé l'existence d'autre chose que ce qui est révélé immédiatement par les sens, et conclu, par exemple, des effets *spéciaux* produits dans l'organisme à l'existence de dispositions intérieures *spéciales*, et de causes extérieures *spéciales* agissant sur cet organisme ; parce qu'ils n'avaient pas trouvé que toutes les variétés épidémiques, que toutes les fièvres gastrique, bilieuse, vermineuse, miliaire, pétéchiale, etc.; que la variole, le choléra, la coqueluche, fussent le résultat d'un même travail pathologique, l'*irritation* ; parce qu'ils avaient découvert un *être* appelé

nature, un *être* appelé *fièvre*, un *être* appelé *variole*, ou de tel ou tel autre nom d'épidémie.

M. Broussais n'avait pas compris ou n'avait pas voulu comprendre que les hippocratistes et les historiens d'épidémies s'étaient placés tout-à-fait en dehors de la métaphysique, et que simplement ils avaient raconté ce qu'ils voyaient, donnant le nom de *force vitale*, de *nature* à la puissance, quelle qu'elle fût dans son principe et dans son essence, dont les effets leur étaient manifestés, et assignant semblablement des *caractères* particuliers et une dénomination particulière à un groupe, à un ensemble de phénomènes qui par leur origine, leur marche, leur mode de propagation, leur terminaison, leur façon de guérir, différaient beaucoup des maladies ordinaires, quelle que fût d'ailleurs la cause *primitive* et *essentielle* de ces phénomènes. Que quelques-uns eussent été au-delà des faits sur les ailes de leur imagination et se fussent jetés dans de subtiles hypothèses, c'est à ceux-là qu'il fallait s'en prendre, et non à la méthode.

Prenons un exemple : Nous sommes bien loin d'admettre dans tous ses raffinemens la théorie de Stoll sur l'influence de la bile dans la production des maladies, ou de partager les idées, quelquefois si malheureuses, de Sydenham, sur le bouillonnement du sang, la fermentation et le raptus des humeurs ; mais, nous faisons ici appel à tous ceux qui ont étudié et médité les écrits de ces deux grands hommes, qui ont admiré les admirables tableaux de maladies tracés par eux, et examiné les belles et justes indications thérapeutiques qu'ils ont su si souvent tirer de la vue de la nature, et nous demandons si c'est juger Stoll que de dire en deux lignes que *le célèbre Stoll donnait en Allemagne une vogue prodigieuse à la bile et au traitement délayant et évacuatif de cette humeur*, si c'est rendre justice à Sydenham que de répéter, à satiété et sans preuves, pendant plusieurs pages, que c'est un créateur d'*entités épidémiques* et qu'il a donné naissance aux classificateurs d'*entités morbides*, aux nosologistes : le tout, parce que ces auteurs n'ont pu voir une irritation pure et simple dans les maladies si *spécialement caractérisées* qui se sont offertes à leurs yeux. Il n'y a, en vérité, qu'une déplorable préoccupation systématique qui puisse jeter dans des voies de critique si étroites et si fausses un esprit aussi supérieur que celui de M. Broussais.

Car nous sommes de ceux qui le reconnaissent, cet écrivain a une capacité d'intelligence et de logique médicale qui ne nous paraît exister à un aussi haut degré dans aucun des hommes d'aujourd'hui : il sait où sont les bases de la *science*, et il les sonde avec audace ; il conçoit l'*art* médical dans toute sa généralité en homme fait pour être médecin et pour reculer les bornes de la médecine ; il veut à cet *art* des lois, et il comprend à merveille que toute espèce de lois ne lui vont pas, et souvent il démontre fort bien que les lois qu'ont essayé de tracer ceux qu'il appelle *les ligislateurs* sont mauvaises. C'est là, dans cette généralité (parfois dans le détail, quoique beaucoup moins), que sa logique est juste, belle, puissante. Oh ! alors, tant qu'il est dans ce cercle, donnez-lui un adversaire qui ait bien tort, un homme qui ait fondé sa théorie sur des données bien illégitimes, ou qui ait divisé et classifié bien arbitrairement, quelque spécieux ou quelque fort que soit cet homme, Boerhave ou Pinel, vous verrez se déployer le talent de *critique* de M. Broussais avec toute sa verve, vous le suivrez avec un attrait que nul autre ne vous inspire, vous crierez qu'il a raison, qu'il verse la lumière à pleines mains..... jusqu'à ce qu'il vienne vous présenter son *dogme* en place du dogme qu'il a détruit tout-à-l'heure, qu'il se montre aussi petit qu'il s'est montré grand, qu'il rétrécisse les questions médicales autant qu'il les avait élargies et étendues, et qu'il se perde dans les ténèbres de l'ontologie la plus anti-logique et la plus anti-naturelle. Comment expliquer l'alliance, dans la même tête, d'une *critique* souvent si puissante, et d'un *dogmatisme* le plus souvent si faux, si inconséquent, si opposé à l'expérience de chaque jour ? Ce phénomène s'observe chez la plupart des médecins révolutionnaires, je veux dire qui ont fait révolution : ils aperçoivent, pour la pulvériser, la moindre des erreurs qui ont besoin d'être détruites et qu'ils semblent avoir mission de détruire, et puis se laissent aller, eux, de très-bonne foi à de plus graves erreurs encore ; ainsi Galien, ainsi Boerhave, ainsi Brown, ainsi Broussais. Peut-être est-ce que le temps détruit, et que l'homme ne fait que mettre sur l'œuvre du temps le sceau de son talent et de son génie, en révélant à la foule ce qu'elle savait et dont elle ne se rendait pas compte ; ainsi on pourrait dire que la doctrine de M. Pinel était usée et avait fait son temps, quand M. Broussais est venu l'achever. Peut-être est-ce qu'une *théorie* médicale est impossible comme la veulent faire la plupart des systématiques en la fondant sur la nature *élémentaire* et *essentielle* des phénomènes, qui toujours échappe à nos sens et à notre observation : alors on concevrait que le *critique* ayant fait sa besogne, le *dogmatiste* ne peut faire la sienne, puisque l'un a entrepris ce qui était à entreprendre et que l'autre tente l'impossible. S'il faut une explication, j'aimerais mieux la dernière.

Je demande pardon au lecteur d'insister sur une chose qui d'abord peut paraître toute de curiosité métaphysique : mais c'est qu'après réflexion, cette question incidente m'est apparue comme capitale. Se demander pourquoi et quand un homme, de l'aveu de tous, est fort, pourquoi et quand, de l'aveu de tous, sa force l'abandonne, et comment il y a ainsi en lui deux hommes, n'est-ce pas rechercher la loi de l'application de notre intelligence aux phénomènes que la nature nous présente dans les maladies ? La preuve, c'est que si on était parvenu à établir assez positivement dans quel cercle de faits et d'idées doit se contenir le génie dogmatique, sous peine de sortir de la véritable observation, on épargnerait à des hommes de talent un travail d'imagination et de pensée inutile ou dangereux : la réalité ferait place à l'ontologie, pour M. Broussais comme pour d'autres.

Nous avons dit en quoi la critique de M. Broussais porte à faux contre la partie vraie et belle des anciens : nous laissons à pressentir en quoi elle frappe juste les théories astrologiques, mécaniques, chimiques, etc., et nous nous hâtons d'arriver au sujet même de cet article, les théories *anatomiques* ou *organiques* de la médecine contemporaine. Ici encore, nous aurons besoin de ne pas perdre de vue la distinction que nous venons de faire entre le *critique* et le *dogmatiste*, pour donner une juste idée tout à la fois de la force et de la faiblesse de l'auteur.

La pensée qui domine toute cette partie de l'ouvrage est

une pensée de réactions contre l'anatomie pathologique et contre la valeur qu'on a donnée, dans ces dernières années, à cette partie de la science. L'auteur s'indigne, avec la verve éloquente qu'on lui connait, de l'habitude qu'ont prise les médecins de nos jours de voir toute la maladie sur le cadavre, et de se laiser détourner, par les inspections nécrosopiques, de l'observation et de l'appréciation des causes de maladie, des phénomènes, directs ou sympathiques, de réaction de l'organisme contre les agens modificateurs, enfin de l'action de nos moyens thérapeutiques. Je le répète, quand M. Broussais se tient dans ces hautes généralités, les trois quarts du temps on ne saurait mieux penser et mieux dire qu'il ne pense et qu'il ne dit. Ceux qui, comme nous, attachent l'importance première, dans les maladies, aux faits vitaux, aux phénomènes de réaction vitale, qui croient que toute la médecine est là et que le plus souvent l'anatomie pathologique vient pour compléter l'histoire de la maladie plutôt que pour en éclairer le diagnostic et la thérapeutique; ceux-là ne trouveront-ils pas pleines de sagesse les paroles que nous allons citer sur la funeste tendance imprimée aux études médicales par l'anatomo-pathologisme?

« Cette méthode, dit M. Broussais en parlant des auteurs « qui veulent soumettre la médecine à l'anatomie patholo- « gique, cette méthode d'instruction médicale est fréquem- « ment suivie de nos jours. Le jeune élève chargé douvrir « et non de traiter, de constater les altérations des organes « et non de les prévenir, commence par s'exercer à pré- « voir les désordres qui vont apparaître à l'ouverture de « chaque malade qui s'achemine vers la mort. L'anatomie « pathologique se place ainsi en premier ordre dans son « esprit.

« La médecine s'étudie donc aujourd'hui par une méthode « tout-à-fait opposée à celle que l'on suivait autrefois. On « étudiait les groupes de symptômes, et l'on allait ensuite « les comparer avec l'état des organes, lorsque la chose « était possible, ce qui arrivait bien rarement. Aujour- « d'hui que toutes les études commencent par l'anato- « mie, on débute par remarquer les différences qui existent « entre l'état normal et l'état anormal, et l'on fait toute « sorte d'efforts pour soumettre les groupes des symptômes « aux altérations matérielles telles qu'on les rencontre dans « les cadavres, c'est-à-dire, pour trouver l'explication des « symptômes dans les lésions matérielles des organes. De là « résulte un profond mépris pour les phénomènes de vita- « lité considérés en eux-mêmes, ou pour la physiologie « pathologique, et le défant de notions exactes sur la ma- « nière dont l'aberration de ces mêmes phénomènes arrive « définitivement à la production des altérations organi- « ques.

« Cette manière d'observer a ses mécomptes dont les « commençans n'ont garde de se douter. Le premier est « de leur fermer les yeux sur l'action des modificateurs « externes, et de les empêcher pendant long-temps de de- « venir praticiens; c'est ce qu'il est facile d'observer dans « tous les mémoires, et même dans tous les ouvrages pu- « bliés depuis Corvisart, dans le but de rectifier et de fonder » définitivement sur l'anatomie pathologique les caractères « de certaines maladies (travaux de Bayle, de Laënnec, et « de leur école) : préexistence des lésions aux symptômes, « et par conséquent subordination de ceux-ci aux lésions; « efforts multipliés pour les accorder entr'eux sans nuire à « la prééminence de ces dernières, négligence de l'étude « des modificateurs causatifs; négligence plus grande encore, « et quelquefois ignorance affectée des modificateurs exaspé- « rans ou curatifs; tels sont les caractères de toutes ces « productions. » (p. 528-529.)

Peut-être qu'il nous est permis de demander si M. Broussais n'a pas contribué à imprimer le mouvement sur lequel il déverse le blâme et le mépris, s'il n'est pas un des chefs de cette école anatomique ou organique qui, depuis Corvisart, n'a rien publié où les *caractères des maladies ne fussent définitivement fondés sur l'anatomie pathologique*. Qu'est-ce donc que la *localisation* des maladies comme il l'a conçue, sinon la médecine fondée sur l'*anatomie*? Qu'est-ce que le *traité des phlegmasies chroniques*, où l'auteur s'attache si minutieusement et d'une manière si forcée, à *grouper* tant et de si graves et de si divers symptômes autour d'un peu de rougeur de la membrane muqueuse gastrique ou intestinale, ne voulant jamais que *quelques différences accidentelles dans l'intensité des phénomènes sympathiques et quelques complications portent les médecins à en établir d'essentielles dans la nature même du mal*? Cela est si vrai, que lorsque la médecine appelée *organique* fut inventée et publiée, M. Broussais réclama l'honneur de la découverte, et déclara l'organicisme enfant bâtard du physiologisme.

C'est donc cette faculté de généralisation instinctive, dont nous avons parlé plus haut, qui a fait sortir M. Broussais du cercle anatomique dans lequel, primitivement et logiquement, il était renfermé. Et même, dans ce cercle, il n'y était pas avec avantage vis-à-vis des anatomo-pathologistes ou organiciens; car si ceux-ci avaient, comme lui, le malheur de mettre tout dans la lésion locale, ils concevaient autrement que lui, d'une manière plus large et plus étendue que la sienne, cette lésion locale; et, tandis que M. Broussais se débattait dans la démonstration impossible de *son irritation*, eux, en cela meilleurs observateurs, voyaient dans certaines maladies quelque chose de *particulier* qui devait établir des différences essentielles dans le diagnostic et dans le traitement. Quand il eut raison, et encore aujourd'hui quand il a raison contre ses adversaires, il est remarquable que la *médecine physiologique* n'y est pour rien : c'est de la logique, de la critique pure; dès que la *doctrine* arrive, avec ses *propositions* et ses *corollaires*, elle gâte tout et lui fait perdre la partie, quelque belle qu'il l'eût d'abord.

Du reste, si nous insistons sur ce point *qu'en fait* et *en logique* le *physiologisme* se fondait, à l'origine, avec l'anatomo-phathologisme et s'appuyait sur les mêmes principes, et que M. Broussais a été et a dû être rangé dans la catégorie des anatomo-pathologistes, du jour qu'il a pris pour épigraphe : *Qu'est l'observation, si l'on ignore là où siége le mal*; si, dis-je, nous insistons sur ce point pour le plaisir de mettre cet auteur en contradiction avec lui-même (ce qui est, en général, une faible manière d'avoir raison soi-même) mais bien pour montrer de plus en plus que le bon de sa critique est indépendant de son dogme.

Le médecin dont les travaux sont examinés avec le plus d'étendue, dans le quatrième volume, est Laënnec. On se rappelle comment M. Broussais avait traité cet auteur dans sa deuxième édition : la critique d'aujourd'hui nous paraît en grande partie la reproduction de celle d'autrefois, critique quelquefois fausse dans le détail, mais généralement vraie dans l'ensemble. Car, selon nous, c'est avec raison que M. Broussais, tout en reconnaissant la rare sagacité de Laënnec et sa grande supériorité dans cette partie de l'art que Corvisart appelait l'éducation médicale des sens, le range parmi les *anatomo-pathologistes* plutôt que parmi les médecins : c'est avec raison qu'il le trouve étroit et inconséquent, fondant sur les détails anatomiques toute sa pathologie et toute sa nosologie, et admettant l'essentialité des fièvres par suite d'un vieux respect de convention pour les anciens qu'il comprenait peu, n'ayant point d'idées générales sur la science, et étant du nombre de ces gens *spéciaux* dont l'auteur de l'*Examen des doctrines* dit : *Il est rare que ces hommes soient en même temps doués de vues larges et profondes, qu'ils résument bien les faits qu'ils ont recueillis, et qu'ils en extrayent des idées-mères propres à faire faire de grands pas à la théorie.* Il est très-sûr que toute l'observation de Laënnec s'attachait à découvrir les *points* souffrans de l'économie et à considérer le mécanisme de leur souffrance et qu'autant il déployait de finesse, de subtilité dans cette analyse, autant il était faible dans l'étude des faits physiologiques, de leurs rapports de génération et d'influences réciproques, de leurs terminaisons possibles, et des méthodes thérapeutiques qui pouvaient correspondre à leurs périodes et à leurs tendances diverses : car quoi de plus empirique que sa thérapeutique ? Toutefois cela n'empêche pas qu'il n'y eût dans Laënnec plusieurs qualités distinguées d'observateur, et conséquemment des points d'observation précieux à recueillir. L'absence même de tout système, qui entraînait une plus grande impartialité, lui donne plusieurs fois raison contre M. Broussais ; ainsi, dans la célèbre discussion sur la nature de la phthisie pulmonaire, où le médecin physiologiste vient encore se perdre dans ses éternelles explications tirées de l'irritation des vaisseaux blancs, ainsi dans la question des affections nerveuses ou spéciales des organes pulmonaires, où M. Broussais déclare que, dans ces maladies, il y a toujours congestion, et que c'est cette congestion qui est *le mal*, comme s'il n'y avait pas congestion consécutive dans toutes les maladies que le bon sens et l'expérience se refusent à classer parmi les congestions simples ou parmi les irritations simples. Mais, remarquez-le, c'est qu'ici M. Broussais veut appliquer sa théorie aux choses que Laënnec aime mieux, avec nous, admettre comme inconnues dans leur nature, comme distinctes et spéciales par leurs phénomènes. Toujours donc même qualités et mêmes défauts : critique bonne et juste dans les généralités, critique mauvaise et fausse dans les détails d'explication *physiologique*.

Après Laënnec, l'auteur attaque M. Louis, particulièrement sur la phthisie pulmonaire et sur la fièvre typhoïde ou dothinentérie. Quant à la phthisie pulmonaire, la question générale n'est plus en jeu, comme avec Laënnec, c'est une guerre de détails dans laquelle il ne nous est pas possible d'entrer. Les reproches faits aux histoires de fièvre typhoïdes du célèbre anatomo-pathologiste sont en partie justes, en partie injustes. Oui : M. Louis donne souvent de longues histoires sans parler des prescriptions, du régime, des circonstances générales dans lesquelles se trouvent les malades, ou au moins sans en parler de manière à fixer l'attention ; sous ce rapport, son observation, d'ailleurs si minutieuse, et incomplète et annonce un esprit bavard qui ne s'intéresse pas à la maladie ; la manière, surchargée de détails ou insignifians ou inutiles, de cet auteur, est une preuve de l'absence d'idées chez lui. *M. Louis*, dit M. Broussais, *ne se plaît que dans la dissociation!* Cela est vrai, et me rappelle ce que me disait un jour M. Bretonneau, mon maître : « *Mon ami, je viens de lire la Gastro-entérite de Louis. Prends-y garde. C'est un homme qui* EMIETTE *tellement les faits qu'il n'est pas possible de les retrouver.* » Qui n'a éprouvé cela, qui n'a senti cet *émiettement* à la lecture de la *Gastro-entérite* ou de la *Phthisie pulmonaire*? D'un autre côté, M. Broussais a tort (car après avoir eu raison il faut toujours qu'il ait tort), de ne pas vouloir qu'il y ait dans la dothinentérie, ou gastro-entérite grave, ou gastro-entérite typhoïde, des symptômes caractéristiques ou spéciaux, et des symptômes accessoires ou communs, tout comme de se moquer de l'éruption de glandes de Peyer qui, selon lui n'appartient en propre à aucune maladie. C'est ici, comme ailleurs, toujours la même réponse, que, nous *spécialistes*, nous avons à faire à M. Broussais ; savoir, que nous n'imaginons rien, que nous observons ce qui est, et que nous croyons de notre côté les faits cliniques les mieux constatés et la logique la plus naturelle.

Avec M. Andral, pour lequel, du reste, il témoigne d'une considération que nous partageons, M. Broussais signale la funeste manie de *grouper* les symptômes autour des lésions, comme si les lésions commençaient par naître et se développer et que peu à peu les symptômes vinssent se ranger autour de ces lésions. M. Andral peut répondre que ce n'est pas ainsi qu'il comprend la pathogénie, la génération et la marche des maladies : oui, mais s'il peut à la rigueur faire cette réponse et assurer que les choses se passent autrement dans sa tête, il n'en est pas moins constant que c'est ainsi qu'il a été compris, que c'est là l'impression qu'il a faite sur le public, et qu'il a, lui, plus puissamment que tout autre, habitué les élèves à *grouper* les symptômes autour des lésions. — M. Broussais se met ensuite en train de discuter l'humorisme, et alors l'avantage passe à son confrère : il s'attache à prouver que dans les maladies les plus *humorales*, les solides sont altérés ou troublés dans leurs fonctions. Tout le monde en convient, la question n'était pas là. Voici où elle était : « 1° Le point de départ de la maladie est-il dans les liquides? ou au moins, est-il dans les liquides plutôt que dans les solides (car il faut souvent, en médecine, se contenter de ce vague, de cet approximatif)? 2° la médication plus directement et plus immédiatement portée sur les liquides remédie-t-elle à l'ensemble des phénomènes pathologiques ? » Or le critique ne traite point ces questions.

Passant aux anatomo-pathologistes de l'encéphale, M. Broussais ne se trouve un peu d'accord qu'avec MM. Lallemand et Bouillaud, ses adeptes, qui veulent bien, à son exemple, reconnaître l'*irritation* comme l'unique moteur de tous

les troubles encéphaliques et comme le point de départ de toutes les altérations, d'apparences si diverses, qui ont été rencontrées dans la masse céphalo-rachidienne. MM. Rochoux, Rostan, Calmeil, etc. qui ont observé ces altérations à des époques si diverses, qui ont pensé qu'elles avaient quelquefois une nature différente les unes des autres, parce qu'elles ne donnaient ni les mêmes résultats physiologiques, ni les mêmes produits anatomiques, ni les mêmes indications thérapeutiques, ces messieurs, disons-nous, sont, aussi bien que les anciens, des *ontologistes* et des *fatalistes*. C'est un parti pris : il n'y a pas moyen d'étudier une série de symptômes avec un peu de soin et d'y découvrir une certaine marche, ni de constater une lésion organique et de trouver qu'elle passe par plusieurs degrès successifs, sans créer des êtres de raison (*ontologistes*), et sans admettre la nécessité des dégénérations organiques (*fatalistes*). Ce qui irrite (c'est le mot) notre auteur, c'est que les anatomo-pathologistes ne s'occupent point de surveiller le travail intérieur, moléculaire, qui précède les altérations visibles et palpables, travail qu'il appelle *préparatoire* et qui, bien entendu, n'est autre chose que l'*irritation*, sanguine ou non sanguine : au lieu que c'est ce travail qu'il faudrait connaître et arrêter. Or, on est presque toujours sûr de l'arrêter en l'attaquant avec les *modificateurs* indiqués par M. Broussais : vous savez bien quels sont ces modificateurs. Les anatomo-pathologistes répondent que tant qu'ils ne voient rien, ils ne voient rien, et que s'il faut à toute force supposer quelque chose au-de-là de ce qui se voit, l'hypothèse de M. Broussais n'est pas plus admissible, est beaucoup moins admissible, que plusieurs autres qui l'ont précédée : que, quant à eux, ils ne veulent point faire d'hypothèse. Nous ajoutons, nous, que le médecin doit en effet s'attacher à prévenir les altérations organiques, que, s'il peut l'apprendre quelque part, c'est dans l'étude de la vie et des ressources qu'elle lui présente, mais que la réaction vitale, soit dans sa marche spontanée qu'il est possible de prévoir, soit sous l'influence de nos agens thérapeutiques, se manifeste par un grand nombre de phénomènes différens que le vrai médecin doit étudier, non pour les arrêter impitoyablement, mais pour les diriger avec intelligence.

C'est la même sorte d'objection que fait l'auteur de l'*Examen* à M. Gendrin. Ce médecin dans son *Histoire anatomique de l'Inflammation*, a un *livre* consacré à l'exposition des caractères des tissus non enflammés, car il ne croit pas à l'existence universelle et *unique* de l'inflammation dans les dégénérations organiques. M. Broussais ne comprend pas qu'un homme du mérite de M. Gendrin n'ait pas vu qu'avant les altérations dont il signale les caractères, il y avait un travail perturbateur et désorganisateur auquel tous les autres devaient être rapportés comme à leur source naturelle. C'est dans la profondeur des tissus, à l'origine de toute perturbation organique qui plus tard amènera des altérations *spéciales*, que le médecin *physiologiste* a la prétention de prendre la nature sur le fait ; et, là-dessus, il proclame de nouveau son dogme dont nous ne retrouvons nulle part une expression plus naïve et plus singulière :

« Il résulte de toute cette discussion que le point cardinal de la doctrine des physiologistes est l'existence d'une « irritation sans hypérémie, circonscrite dans les tissus lymphatiques, lamineux, aréolaires, qui altère leur exhalation, leur nutrition, y retient et y fixe la fibrine et l'albumine du sang, et produit ainsi, non-seulement la matière dite squirrheuse et celle nommée encéphaloïde, mais aussi la dégénération tuberculeuse, la mélanose, les dépôts des matières dégénérées, de matières d'aspect de miel, d'apparence de suif, et d'autres produits les uns consistans, les autres fluides, et très-souvent fluides, avant qu'un surcroit d'irritation ou une inflammation consécutive se soit développé dans les tissus qui les contiennent (p. 516). »

M. Broussais s'écrie quelque part, à propos de M. Louis, je crois : « *Il y a donc des hommes faits pour obscurcir toutes les questions !* » On peut dire de lui-même, après avoir lu la phrase que nous venons de citer : Il y a donc des hommes d'un talent supérieur faits pour toujours se payer de mots et pour vivre dans une illusion éternelle !

HENRI GOURAUD.

RAPPORT *sur l'épidémie de choléra en Prusse, en Russie et en Pologne ;* par L. A GOSSE, D. M. Genève, 1833. In-8.

La plupart des médecins envoyés en Allemagne et en Pologne ont publié des comptes rendus de leur mission. Le gouvernement fédéral de la Suisse avait chargé M. Gosse de Genève et M. Volmar de Fribourg d'aller étudier l'épidémie sur les lieux ; ces deux Messieurs s'arrêtèrent à Berlin et séjournèrent dans la marche de Brandebourg qui étaient alors le théâtre de l'épidémie. Leur ouvrage se compose de deux parties fort distinctes, quoique confondues : les observations propres à l'auteur et à son collègue et les renseignemens que leur ont fournis les médecins avec lesquels ils se sont trouvés en contact.

Peut-être pourrait-on reprocher à M. Gosse de n'avoir pas joint à ces renseignemens si nombreux et si intéressans, quelques histoires particulières de malades examinés par lui-même. Les résultats et les déductions propres à l'auteur auraient alors inspiré une plus entière confiance.

Quoi qu'il en soit, le livre de M. Gosse renferme une foule de faits précieux, des tableaux statistiques des nombres proportionnels relatifs à l'âge, aux professions, au genre de nourriture et aux méthodes thérapeutiques. Les assurances pompeuses de l'homœopathie avaient excité vivement la curiosité de l'auteur. Il pria le docteur Stucler de lui permettre de suivre sa pratique ; celui-ci s'y refusa, ainsi qu'à toute espèce de publicité ; lui seul et son aide visitaient les malades. Mais un médecin dirigeant un hôpital voisin, le docteur Thummel, s'était aperçu qu'un grand nombre de moribonds lui arrivaient de la maison réservée au traitement homœopathique. Il provoqua une enquête officielle qui prouva que les succès dont s'était vanté le docteur Stucler n'étaient pas réels, et notamment qu'il n'était pas vrai qu'il eût sauvé vingt-neuf malades sur trente-quatre, comme il l'avait annoncé.

A cette occasion, l'auteur donne un tableau fort inté-

ressant dressé par le docteur Thummel, qui montre les résultats des divers modes de traitement mis en usage à Berlin.

L'emploi de l'opium compte le plus grand nombre de guérisons; puis vient l'émétique, puis les saignées. En résumé, ce livre de M. Gosse est une excellente réunion de faits propres à éclaircir plusieurs points de l'histoire du choléra.

TABLE *synoptique de la lithotripsie et de la cystotomie postéro-pubienne.* — Concrétions urinaires de l'espèce humaine, classées sous le double rapport de leur volume et de leur forme, pour servir à indiquer les différences que l'on peut rencontrer en pratiquant la lithotripsie et la cystotomie; par J. Z. AMUSSAT, 1834.

Tels sont les titres que M. Amussat donne à deux tableaux relatifs à la lithotripsie et à la cystotomie, qu'il vient de publier. Le premier de ces deux tableaux contient l'histoire de la lithotripsie depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, et tend à établir sur des faits et sur des autorités, entre lesquelles on distingue celle de Boyer, 1° qu'à M. Amussat appartient l'honneur d'avoir le premier, en 1822, sondé l'urètre et la vessie de l'homme avec une sonde *tout-à-fait droite.* Chopart, il est vrai, en 1792, et Montagut en 1810, avaient pressenti cette importante découverte, et s'étaient convaincus, par des essais faits sur le cadavre, qu'on pouvait appliquer à l'homme les sondes droites, ordinairement employées pour les femmes; mais, d'après l'aveu même de ces deux illustres praticiens, ces sondes, décorées du nom de droites, présentaient une légère courbure à leur bec : à M Amussat reste donc l'honneur de la révélation de ce fait si important et si fécond, que sans lui, dit Boyer, *on eût probablement renoncé au projet de détruire la pierre dans la vessie par des moyens mécaniques.* 2° Qu'à M. Amussat appartient encore l'honneur d'avoir le premier extrait ou brisé les calculs tant urétaux que vésicaux avec des instrumens également droits, et que M. Civiale qui a le premier, il est vrai, apliqué la lithotripsie, n'a fait fabriquer ses instrumens que d'après les idées d'Amussat et de Leroy. 3° Que l'ancienne méthode d'effectuer la cystotomie au-dessus des pubis est essentiellement vicieuse, et doit faire place à la cystotomie postéro-pubienne, c'est-à-dire effectuée en incisant la vessie derrière la symphise du public, au milieu de sa face antérieure : procédé nouveau dont l'invention appartient encore à M. Amussat, que, suivant M. Dupuytren, *il faut sans aucun doute préférer comme méthode générale*, qui ne présente pas le danger de blesser le péritoine, puisque la vessie, dans l'état le plus complet de vacuité, est constamment dépourvue de péritoine à sa face antérieure. Viennent ensuite des instructions sur l'emploi de ces deux opérations, plus efficaces et moins douloureuses que toute autre, s'il faut en croire le docteur Amussat.

Le second tableau est une lithographie représentant les diverses variétés de concrétions urinaires, depuis les calculs pulvérulens et infiniment petits d'acide urique, jusqu'à ces énormes calculs sphéroïdaux que l'on trouve quelquefois dans les cadavres. Ce tableau, pendant obligé du premier, est exécuté avec goût et méthode. En terminant, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de recommander au public médical l'édition actuelle (1834) de ces deux tableaux, qui avaient déjà paru une première fois en 1832. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

AVRIL 1834.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 21 janvier.

Choléra.

M. Marc fait un rapport sur un manuscrit allemand intitulé : *Exposition de la cause efficiente et médiate du choléra*, par Georges Wiesener, curé à Sobiecheld, diocèse d'Olmutz. L'auteur prie le roi des Français d'ordonner la traduction ainsi que la publication de cet ouvrage, et d'en affecter les bénéfices aux missions catholiques américaines. Il considère le choléra comme le résultat d'un manque de gaz oxygène et de combinaison de calorique libre; il conclut de cette théorie, qu'en faisant usage d'une substance éminemment propre à produire du gaz oxygène, il y aura production de calorique libre, et par conséquent cessation de la maladie; et la substance qu'il propose dans ce but est le nitrate de potasse. M. le rapporteur conclut que le travail de M. Wiesener ne mérite ni traduction ni publication. — Adopté.

Pustule maligne.

M. Hervey de Chégoin fait un rapport sur un mémoire de M. Lejeune, médecin à Rennes, intitulé : *Réflexions et observations sur la nature et le traitement de la pustule maligne*. M. Lejeune pense que la pustule maligne et le charbon ne sont qu'une seule et même maladie, et à l'appui de cette opinion il rapporte trois observations dans lesquelles le contact d'animaux affectés de charbon a été la cause de pustules malignes. Dans les deux premières de ces observations, la pustules maligne a reconnu pour cause l'introduction de la main dans le rectum d'une vache malade pour en déchirer la membrane interne avec l'ongle à l'effet d'y établir une saignée locale. Dans la troisième elle survint chez un homme qui avait dépouillé une vache morte après avoir été surmenée. Le traitement, qui fut heureux dans les trois cas consista en scarifications et caustiques à l'extérieur, et en quinquina et limonade à l'intérieur. M. le rapporteur approuve l'idée théorique de M. Lejeune, et rappelle que MM. Leuret et Gendrin ont fait naître à volonté une tumeur charbonneuse ou une pustule maligne, selon que la matière provenant d'un charbon était par eux, ou introduite dans le tissu cellulaire, ou seulement appliquée sur la peau. C'est un fait reconnu que la pustule maligne reconnaît pour principale cause le contact d'animaux morts du charbon. —M. Dupuy oppose le travail de M. Bayle, dans lequel sont rapportées des observations de pustules malignes développées sans contact de maladies charbonneuses. — Les conclusions du rapport sont des éloges à M. Lejeune, et l'inscription du nom de ce médecin sur la liste des candidats aux places de correspondans.

Vaccine.

M. Hervey de Chégoin lit une note intitulée : de *l'Utilité du renouvellement de la vaccine*. Il a vacciné récemment quatre personnes qui avaient eu précédemment une bonne vaccination ; chez deux de ces personnes, la vaccine s'est développée à ce point qu'elle a pu être utilement inoculée à d'autres. Il se l'est inoculée à lui-même qui avait eu à huit ans une variole discrète ; il se développa chez lui un bouton qui, jusqu'au sixième jour, lui parut être un bonne vaccine, mais qui alors se dessécha tout-à-coup, et se montra un bouton avorté. De ces faits, M. Hervey de Chégoin croit devoir conclure, ou que la vaccine ne préserve que pour un temps, et doit d'intervalles en intervalles être renouvellée ; ou que les individus chez lesquels une seconde vaccination a réussi étaient destinés à avoir une seconde fois la variole.

Cette lecture amène une discussion. — M. Moreau pense que c'est une précaution sage de renouveler les vaccinations : dès l'épidémie variolique de 1825, il a fait des expériences à ce sujet, et il les a toujours continuées depuis : les résultats ont été très-divers. Le plus souvent la revaccination n'a rien produit, ou seulement des boutons qui se sont développés dès le cinquième et sixième jour ; cela était surtout quand il agissait sur des sujets jeunes et vaccinés depuis peu d'années. Quelquefois au contraire il a obtenu de véritables vaccines, mais cela tout aussi bien chez des individus variolés ou inoculés, que chez des individus vaccinés. M. Louyer-Villermay a fait cinq revaccinations, et sur ces cinq individus il a obtenu deux vraies vaccines et trois fausses. — M. Bricheteau n'a vu qu'une seule fois lui réussir de secondes vaccinations. — M. Deneux remarque, que dès les premiers temps de la vaccine, le docteur Décano recommandait de réitérer la vaccine, pour en perpétuer, disait-il, la source et la propriété préservative. — M. Husson rappelle que, dès l'origine de la vaccine, on avait reconnu son aptitude à se développer chez des individus qui avaient eu antécédemment la variole inoculée ou spontanée, à ce point que le docteur Sacco, quand il manquait d'enfans à vacciner, se servait des variolés pour entretenir le vaccin. Du reste, il ne croit pas à l'utilité des secondes vaccinations ; il n'a vu aucun des individus qu'il a vaccinés depuis trente ans être atteint de la variole ; et il pense que toute vaccine qui laisse sur le bras une empreinte profonde et comme gauffrée, est absolument préservative. — M. Emery appuie de son expérience cette assertion de M. Husson.—M. Bouillaud au contraire dit avoir inoculé la variole à des individus vaccinés, et qui présentaient la cicatrice gauffrée, et chez deux ou trois la variole

s'est développée. — Selon M. Bousquet, l'effet préservatif de de la vaccine dure toute la vie; et les vaccinations secondaires que l'on cite, ou annoncent que l'individu aurait eu deux fois la variole, ou plutôt ne sont qu'un travail local sans importance. A l'appui de cette dernière opinion, M. Marc cite l'observation d'une femme qui, gardant un enfant affecté de variole par inoculation, et appuyant la joue de l'enfant contre la sienne, eut à cette joue seulement une éruption variolique. — Sur la proposition de M. Cornac, la note de M. Hervey de Chégoin est renvoyée à la commission de vaccine.

Fœtus monstrueux.

M. Velpeau fait un rapport sur un fœtus monstrueux envoyé à l'Académie par M. Bizot, médecin à Beaune. Ce fœtus a la moitié du corps recourbée et relevée en arrière de telle sorte, que la cuisse droite pose sur la partie postérieure de la poitrine, et que les pieds s'élèvent jusqu'à l'occiput. Toute la masse des viscères abdominaux pend en dehors et représente la moitié inférieure du fœtus. Il n'y a ni anus, ni organes sexuels; il n'y a qu'un reste de cordon ombilical dans lequel les artères ombilicales sont oblitérées ou tellement rétrécies, qu'elles admettent à peine une pointe d'épingle. — M. Velpeau assimile cette monstruosité à celles dites *éventrations*, et dont l'Académie a déjà reçu plusieurs exemples de MM. Nel, Tascheron, Henot de Metz, Montault. Lui-même en a observé plusieurs, dont deux surtout chez des enfans presque à terme. Il pense que dans le fœtus envoyé par M. Bizot, l'éventration est due, non à un arrêt de développement, mais à une déchirure des parois du ventre, par suite du renversement en arrière et sur la face postérieure du tronc de toute la moitié inférieure du corps. — M. Deneux ne croit pas cette opinion de M Velpeau suffisamment démontrée. M. Capuron regrette qu'on manque de renseignemens sur la vie physique et morale de la mère de cet enfant. — Des remerciemens seront adressés à M. Bizot.

Séance du 28 janvier.

Hypertrophie du crane.

M. Breschet montre le crâne d'un enfant de huit mois, mort de convulsions, et chez lequel les os sont si épais, qu'en quelques points ils ont près d'un pouce d'épaisseur. Cette hypertrophie, fort rare à un âge aussi tendre, était bornée aux os de la voûte, et n'existait pas aux os de la base du crâne, non plus qu'à ceux de la face.

Sirop d'écorce de racine de grenadier contre le tænia.

Mémoire de M. Dublanc, pharmacien à Troyes; rapport de M. Caventou. — Jusqu'ici c'est sous forme de décoction aqueuse que l'écorce de racine de grenadier est employée contre le tænia, et le succès a été presque constant quand on a usé de l'écorce fraîche. M. Dublanc ayant reconnu que l'on extrayait par l'eau froide plus de principes solubles que par l'eau bouillante; que deux onces d'écorce ne donnaient par l'eau bouillante que 3 gros 9 grains d'extrait, tandis que cette même quantité de racine en donnait 3 gros et demi par l'eau froide; M. Dublanc a imaginé de préparer un sirop d'écorce de racine de grenadier qu'il présente comme devant être plus efficace dans la pratique. M. Caventou oppose, que M. Dublanc ne fournit aucun fait clinique propre à signaler les principes actifs de la racine de grenadier, ni aucun fait clinique probatoire de la préférence à accorder au sirop sur la décoction aqueuse. Il ajoute que la forme du sirop doit être autant que possible écartée de tout traitement vermifuge, parce que le sucre affaiblit l'action de cette classe de médicamens. Quelques membres regrettent que la commission n'ait pas cherché à constater par des essais thérapeutiques la supériorité annoncée du sirop sur la décoction aqueuse; il leur est répondu que le mémoire de M. Dublanc est plus pharmaceutique que médical.

Cachexie aqueuse de l'homme et du mouton, observée en Egypte.

Mémoire de MM. Haumont et Fischer. — Rapport de M. Girard. Ce mémoire est divisé en deux parties, dont la première est consacrée à l'homme, et la seconde au mouton. La cachexie aqueuse est très-fréquente chez l'homme en Égypte, à cause de la misère de la basse classe, de la grossièreté des alimens, de l'excès du travail, des mauvais traitemens, de l'humidité des habitations, de la malpropreté et du manque de vêtemens convenables. Compliquée souvent de dysenterie, elle cause à elle seule le cinquième des décès. Chez le mouton, la maladie se déclare à la suite des inondations, et apparaît d'abord dans les lieux qui sont les premiers abandonnés par les eaux. Elle a une identité complète avec la pourriture observée en Europe. Les auteurs assurent qu'elle n'est pas une gastro-entérite comme on l'a prétendu, mais le résultat d'une asthénie déterminée par des plantes nuisibles.

Séance du 4 février.

Bubons.

M. Yvan fils écrit que des bubons indolens à l'état chronique, et qui avaient résisté à l'usage de l'iode et des vésicatoires, ont cédé à celui de la pommade émétisée. La composition de la pommade était un gros de tartre stibié, et une once d'axonge. Les frictions faites avec cette pommade sur les parties engorgées y déterminaient une éruption miliaire accompagnée de suppuration, et sur un assez grand nombre de malades quinze ont été guéris.

Typhus du bagne de Toulon en 1830 et 1833.

Mémoire de M. Fleury, médecin de la marine à Toulon; rapport de M. Bally. — Le typhus dont il est question dans le mémoire de M. Fleury, s'est développé à bord de trois vieux vaisseaux, près de l'un desquels se faisaient un battage de pilotis sur un fond d'eau stagnante et un curage de matériaux vaseux qui exhalaient une odeur infecte. La cause du mal ayant été aussitôt soupçonnée, les trois bagnes flottans furent détruits, et remplacés par deux

frégates qui pouvaient contenir 500 forçats, dont la santé fut ainsi protégée. Cependant, plus tard, le typhus pénétra dans une de ces frégates placée à l'est et plus rapprochée des travaux ci-dessus mentionnés. M. Fleury présente la maladie comme une de celles successivement nommées *typhus*, *fièvre typhoïde*, *fièvre ataxique*, *gastro-entero céphalite*, etc. Selon lui, l'anatomie pathologique est encore peu fixée sur les lésions de tissu spécifiques du typhus; ce n'est que rarement qu'il a trouvé dans celui de Toulon, à la fin de l'intestin iléon, des ulcérations. M. le rapporteur loue dans le mémoire de M. Fleury, de bonnes observations de la maladie, des apperçus ingénieux sur ses causes, des vues hygiéniques profondes, une description fidèle de la maladie et une thérapeutique étrangère à l'esprit de routine. Il regrette seulement qu'on ait négligé les affusions d'eau froide. La mortalité a été d'un septième. Le mémoire de M. Fleury sera envoyé au comité de publication.

Sont nommés par scrutin membres de la commission de *statistique et de topographie médicale*, MM. Villermé, Villeneuve, Chevallier Marc, Dupuy, et Thillaye.

Lithotritie.

M. Segalas lit un mémoire intitulé : *Opérations de lithotritie pratiquée avec un brise-pierre à pression et à percussion.* — M. Segalas avait présenté en juin dernier, à l'Académie, sous le nom de *brise-pierre à pression et à percussion*, un instrument qui unissait le mode d'action du brise-pierre de M. Jacobson et celui du percuteur courbe de M. Heurteloup; c'est-à-dire, qu'en lui la pression et la percussion se succédaient instantanément et se prêtaient un mutuel secours. Depuis il a fait emploi de cet instrument sur plusieurs malades, et tous ont été guéris. Il range en trois classes les faits qu'il rapporte qui sont au nombre de 10. Dans la première classe, sont les pierres assez petites pour être broyées en une seule séance. Dans une deuxième classe sont les pierres de moyenne grosseur, et qui ont été détruites en deux ou trois séances : et dans la troisième, sont les pierres très-grosses et fort dures, ou compliquées de catarrhe de la vessie, de paralysie de cet organe, de l'engorgement de la prostate, de la coarctation de l'urètre, etc. L'expérience a démontré à M. Segalas, que son instrument fatigue peu la vessie, est applicable aux malades dont l'urètre est très-courbé et la prostate engorgée, et que sans aucun appareil accessoire, il peut briser des pierres très-volumineuses et très-dures. A tous ces titres, il est préférable à la pince à trois branches. M. Segalas dit aussi s'être bien trouvé de l'emploi des eaux minérales de Contrexeville dans diverses affections des voies urinaires. Le mémoire de M. Segalas est renvoyé au comité de publication.

Séance du 18 *février.*

Orthopédie.

M. Pravaz lit une note sur de nouveaux moyens de *rétablir la régularité du thorax dans les cas de déviation latérale du rachis.* L'Académie a déjà approuvé la modification apportée par M. Pravaz, au procédé de l'extension horizontale, et qui consistait à concilier la possibilité de mouvemens spontanés avec l'action mécanique prise hors des malades. L'effet de ces mouvemens spontanés était de corroborer la constitution et de rendre permanente l'amélioration obtenue dans la conformation de l'épine. M Pravaz a cherché depuis à associer à la traction longitudinale des pressions latérales exercées sur la connexité de chaque courbure. Il donne la description d'un char gymnastique tel que, pendant que le malade qui y est placé pèse de tout son poids sur le côté dévié, il peut imprimer au char un mouvement, d'où résulte un mode d'exercice qui tend à relever les côtes déprimées du côté de la concavité dorsale. Il décrit de même un corset élastique fort simple qui agit à-la-fois par extension et par pression dans les intervalles de l'extension horizontale. Il pose en principe qu'en orthopédie rien ne peut remplacer l'extension horizontale combinée à la gymnastique; mais que pendant les intervalles où elle doit être suspendue, il faut la suppléer par l'usage de quelques appareils de sustentation verticale. — Renvoi à une commission composée de MM. Thillaye, Villermé et Bricheteau.

Séance du 18 *février.*

Spéculum prisé de M. Ricord.

M. Capuron lit un rapport sur un *spéculum brisé*, *hystéromètre* et *porte-ligature* du docteur Ricord. Cet instrument diffère du spéculum plein, puisqu'il se compose de deux branches ou valves : il diffère du spéculum brisé ordinaire, en ce que le point d'articulation ou de mobilité des branches est fixé, non sur les manches, mais sur les valves et vis-à-vis leur rétrécissement. Il diffère encore de l'ancien spéculum, en ce que celui-ci formerait un seul cône de sa base à son extrémité, tandis que celui-ci en présente deux inégaux et contigus par leurs sommets. M. Ricord se sert de cet instrument, tantôt pour explorer le vagin et le col de l'utérus, tantôt pour pratiquer l'amputation de ce dernier, tantôt pour faire la ligature des tumeurs qui s'y développent. Il lui offre l'avantage de rendre faciles ces opérations, et il l'introduit directement dans le vagin sans distendre ni confondre l'anneau vulvaire. Le rapporteur rappelle que M. le docteur Jobert est le premier qui ait, dans le spéculum brisé, porté le point d'articulation sur le point des valves qui correspond à l'anneau vulvaire. Il donne du reste des éloges à l'instrument de M. Ricord.

Revaccinations.

M. Cornac, au nom de M. Salmade, lit une note sur *l'utilité des revaccinations.* M. Salmade déplore les doutes qu'on élève sur l'efficacité de la vaccine; selon les uns, elle n'est pas préservative de la variole; selon les autres, elle ne l'est que pour un temps, et conséquemment a besoin d'être renouvelée. De là, les revaccinations auxquelles on recourt depuis quelque temps. M. Salmade blâme ces revaccinations, non-seulement comme inutiles, mais comme propres à ébranler la foi dans la vaccine. Dans les nombreuses expériences qu'il a faites, il a toujours vu ces revaccinations bornées à des boutons éphémères, irréguliers, et ne consti-

tuant qu'un travail local toutes les fois que la première vaccination a été régulière. M. Moreau combat comme trop absolues les deux propositions avancées par M. salmade ; savoir, que la vaccine préserve toujours de la variole, et que la vaccine ne s'inocule jamais une seconde fois. Il est maintenant bien avéré que des enfans vaccinées ont eu la variole ; et déjà il a cité à l'Académie des expériences qui lui sont propres, et dans lesquelles des revaccinations ont réussi. — M. Bouillaud cite des faits de variole après vaccine, et entr'autres le cas récent d'un étudiant en médecine qui a succombé à cette maladie. — M. Ferrus cite un cas analogue. — M. Piorry pense que de même qu'on regarde la *varioloïde* comme une variole mitigée, on doit regarder comme une vaccine atténuée, comme une *vaccinoïde*, les boutons qui viennent après une seconde vaccination : il considère toutes ces maladies comme de la même famille, comme ne différant que par le degré. — MM. Salmade, Collineau, Cornac répliquent que si la variole, en quelques cas exceptionnels, n'empêche pas d'avoir une seconde fois cette maladie, on ne peut pas exiger plus de la vaccine. — M. Bousquet a revacciné quinze personnes cette année, et sur deux la vaccine a réussi, à ce point qu'on a pu la réinoculer à d'autres individus ; mais il ne pense pas que ces secondes vaccines prouvent rien à l'égard des prédispositions à la variole ; elles sont, selon lui, une éruption toute locale, tout aussi bien que le sont ces boutons varioliques qui surviennent en une partie du corps qui a été en contact prolongé avec un varioleux. — La note de M. Salmade sera envoyée à la commission de vaccine.

Injection de matière cérébrale délayée dans de l'eau distillée dans la veine jugulaire des chevaux ;

Expériences de M. Dupuy.

Dans la première expérience, la quantité injectée fut de huit centilitres ; peu de minutes après, yeux proéminens, paupières redressées, narines arrondies, face fortement plissée, lèvre inférieure tombante, respiration embarrassée, pouls accéléré ; l'animal a d'abord une marche incertaine, puis il ne peut plus se tenir debout, il tombe ; bientôt de l'agitation se montre, et successivement des convulsions qui se renouvellent de douze en douze minutes ; au bout de deux heures un peu de calme survient, l'animal offre les symptômes du vertige des chevaux, il meurt. La nécropsie fait voir le tissu cellulaire injecté de sang couleur lie de vin, les membres ramollis, le sang contenu dans les veines d'un noir foncé et comme charbonné, la rate ramollie, le foie et les reins friables, les poumons gorgés de sang comme dans l'apoplexie, le péricarde plein de sérosité rouge, le cerveau moins consistant que de coutume, et dans le cœur des caillots de sang adhérens aux valvules auriculo-ventriculaires. Dans une seconde expérience, mêmes résultats et mort plus rapide. Dans une troisième, on injecta quinze centilitres de lait de vache ; le pouls s'éleva de 36 à 72 pulsations, l'animal se couche ; au bout de sept heures il mange et boit comme à l'ordinaire ; alors on injecte de la substance cérébrale, et il meurt comme les deux précédens. M. Dupuy dit que dans ces expériences les phénomènes ont été les mêmes que dans les injections de sublimé corrosif, et il attribue la mort aux caillots de sang qui se font dans le cœur et empêchent l'action de cet organe.

Diathèse cancéreuse ;

Observation de M. Sanson.

Une femme de 40 ans entra à l'hôtel-Dieu pour un cancer du sein ; le mal est si avancé qu'on ne croit pas devoir pratiquer l'opération ; diverses tumeurs sont senties dans l'abdomen ; en se mouvant dans son lit, la malade se casse le fémur, et en voulant remédier à cette fracture on en occasionne une autre à l'autre fémur. — *Nécropsie.* Tubercules squirrheux, dont quelques-uns ramollis, dans les parois abdominales, le long des muscles sacro-lombaires et longs dorsaux, dans le poumon, le foie ; le cœur, la rate et les reins en étaient seuls exempts ; le système osseux en était gorgé. Il y en avait dans l'épaisseur des os du crâne, dans le corps de presque toutes les vertèbres, les épiphyses et le canal médullaire des fémurs.

Séance du 25 février.

Codbonine.

M. Barbier, d'Amiens, adresse une note sur l'alcoloïde nouveau que M. Robiquet a retiré de l'opium, et qui est appelé *codedine.* Les effets de la codedine sur l'économie animale, diffèrent de ceux de la morphine et de l'opium : donnée à la dose de 1 à 2 grains, sous forme de sirop préparé avec la solution aqueuse de cet alcoloïde, M. Barbier dit avoir reconnu qu'elle est sans action sur l'encéphale et la moelle spinale ; mais qu'elle a une action spécifique sur les plexus nerveux du grand sympathique. Il en a obtenu des effets merveilleux dans certains maux d'estomac, dont il place le siége dans les plexus nerveux épigastriques. Il lui a vu produire aussi le sommeil, mais sans pesanteur de tête, engourdissement, gonflement des yeux, aucun signe de congestion sanguine dans l'encéphale ; ce malade, au sortir de ce sommeil, avait une figure gaie, animée, telle, qu'on serait porté à admettre dans la codedine une vertu exhilarante. Enfin, la codedine lui a paru être sans action sur les douleurs de nature névralgique, siégeant en nerfs autres que ceux du système ganglionnaire, ce qui confirme la spécificité de son action sur les nerfs de ce système. — M. Bally propose qu'une commission soit nommée pour faire des expériences sur la codedine. — M. Martin Solon dit l'avoir essayée ; elle a une saveur amère ; il l'a administrée à la dose d'un quart de grain, soit en poudre, soit en solution dans l'eau chez des phthysiques ; elle a procuré une sommeil facile, diminué la toux, l'expectoration ; n'a pas produit de congestions cérébrales ; mais il ne lui a pas reconnu une action spéciale sur l'appareil du grand sympathique. — M. Robiquet rappelle les observations de M. William Gregory, d'Edimbourg, qui l'a administrée à l'état salin, a vu, qu'à haute dose, elle ne provoquait pas le sommeil, mais qu'elle excitait des démangeaisons à la peau. — Une commission sera formée, d'après le vœu de M. Bally, pour expérimenter la codedine.

Election.

Mort M. de Wenzel, appartenant à la section de médecine opératoire. M. le président, à cette occasion, rappelle qu'il y a une élection de titulaire à faire dan la section de pathologie interne, et l'Académie fixe à six le nombre de candidats que devra présentér cette section.

Prix de l'Academie.

Trois mémoires relatifs au sujet de prix proposé l'an dernier, ont été envoyés à l'Academie : sont nommés par scrutin, commissaires pour l'examen de ces mémoires, MM. Double, Chomel, Breschet, Alard et Delens. Une longue discussion a eu lieu sur la question de savoir si MM. les adjoints pourraient être nommés de la commission. Ceux qui se prononçaient pour l'affirmative, se fondaient sur ce que l'ordonnance du 15 septembre dernier a donné aux adjoints voix délibérative en matière de science, ce qu'ils n'avaient pas auparavant. On leur a objecté que le réglement permet aux adjoints de concourir pour les prix proposés par l'académie, et que la concession de ce droit entraîne irrésistiblement la privation de celui d'être juges. Aucun mémoire n'a été envoyé pour le prix d'anatomie pathologique fondé par M. Portal.

sont nommés par scrutin, commissaires pour préparer la prochaine séance publique : MM. Louyer Villermay, Husson, Bally, Codibert et P. Dubois.

Hyperostose.

M. Vallot, de Dijon, adresse une note à l'occasion du cas d'yperostose Crânienne, présentée par M. Breschet, dans la séance du 28 janvier. Ce médecin rappelle plusieurs faits analogues que possède déjà la science, celui mentionné par Saucerotte, un autre, noté dans le grand ouvrage de Gall, d'autres dans Haller, Sœmmering, etc. — M. Velpeau pense que M. Vallot a confondu les exostoses avec l'hypertrophie des os du crâne; c'est à ce dernier genre de maladie que se rapportait le fait de M. Breschet, et ce qui en constituait la rareté, c'était le jeune âge du malade; les hypertrophies crâniennes chez des adultes sont bien moins rares.

Remèdes secrets.

Au nom de la commission des remèdes secrets, M. Colliineau propose et fait adopter le rejet, 1° d'un *élixir contre les meurtrissures*, du sieur Floret, de Dole; 2° *d'une eau contre le choléra*, du sieur Vidien-Herboudières; 3° d'un *remède contre l'hydropisie*, du sieur Touflet-Langliers, marchand de draps de Neubourg (Eure); 4° d'un *remède contre la goutte*, du sieur Denis Andrieu; 5° de plusieurs autres remèdes des sieurs Fontanelle et Girard.

Magnétisme.

M. Maingault rappelle qu'une commission de l'académie a présenté un rapport sur le magnétisme. Ce rapport, qui est publié, passe pour l'œuvre de l'académie, bien qu'il n'ait été ni discuté, ni approuvé par l'académie; il demande que la compagnie aborde cette discussion. Cette proposition n'a pas de suite.

Épidémies.

M. Villeneuve, au nom de la commission des épidémies, présente des modèles de tableaux que devront remplir les médecins des épidémies : ainsi les descriptions des épidémies seront faites sur un plan uniforme. Quelques membres demandent qu'il soit rédigé en même temps une instruction sommaire sur la manière de remplir les tableaux. M. Thillaye insiste surtout sur les observations météorologiques, qui jusques aujourd'hui ont été si inexactes, que depuis 1666, 4 à 5 séries à peine ont pu servir.

Séance du 4 mars.

Bandages herniaires.

M. J. Cloquet, au nom d'une commission, lit un rapport sur une nouvelle espèce de pelote pour les bandages herniaires, proposée par les docteurs Cresson et Sanson. La pelote d'un bandage herniaire a pour but de s'opposer à l'issue des organes qui forment la hernie; pour remplir ce but, elle doit exercer sur les ouvertures aponévrotiques et les parties voisines une pression douce, uniforme, constante, et proportionnée à la force de propulsion des viscères qui tendent à sortir. Elle doit sans doute une partie de ces avantages au ressort qui la supporte; mais la forme et la substance dont on la compose ont aussi une influence. Généralement les pelotes des bandages herniaires sont faites de crin, de laine ou de feutre, recouvertes d'une peau maroquinée ou chamoisée. Elles ont l'inconvénient de se tasser, de devenir plus compactes par la pression, de se laisser imbiber par la transpiration, de se durcir, de produire ainsi une compression inégale, douloureuse, et enfin des excoriations qui obligent à suspendre l'application des bandages. C'est à prévenir ces inconvéniens que tend la nouvelle pelote de MM. Cresson et Sanson, faite avec du caout-chouc, et qui est tantôt toute solide, et tantôt creuse et plein d'air. Ces mécaniciens en fabriquent en effet de trois espèces : 1° les unes solides, pleines, fort résistantes; 2° les secondes, creuses, contenant dans leur intérieur de l'air, ce qui ajoute à l'élasticité du caoutchouc, et qu'ils appellent *pelotes éoliennes à air fixe;* 3° les troisièmes enfin, creuses encore, pleines d'air, mais telles qu'on peut y introduire l'air a volonté à l'aide d'un robinet et d'un tuyau, et qu'ils appellent *pelotes éoliennes à air mobile.* Ces pelotes sont recouvertes d'une feuille d'or très-mince qui, sans nuire à leur élasticité, les défend contre l'humeur de la transpiration. Les commissaires ont fait l'essai de ces pelotes sur eux-mêmes et sur plusieurs malades, et leur reconnaissent le mérite d'être élastiques, d'exercer une compression douce, uniforme, non douloureuse, non suivie d'excoriations, et d'être moins susceptibles de s'altérer. — M. Thillaye rappelle que depuis long-temps le caoutchouc a été employé dans la confection des bandages herniaires; on peut en voir des essais dans les cabinets de la Faculté. — M. Itard blâme la trop grande élasticité de ces pelotes qui par suite laissent plus facilement sortir les hernies. M. Burdin craint que la pression exercée par le ressort des bandages de MM. Cres-

son et Sanson, ne soit trop faible. — M. Lodibert, pour justifier l'emploi des pelotes à air, rappelle qu'en 1793, le représentant du Peuple Chasles, étant à l'armée, fut atteint d'une hernie pour le maintien de laquelle tout bandage employé causait de vives douleurs ; on les remplaça, et avec succès, par une portion d'intestin desséché et insufflé. — M. Velpeau juge les pelotes à air préférables aux autres pelotes, en ce qu'elles exercent une pression plus considérable, surtout à la circonférence de l'anneau. — L'Académie décide qu'elle considérera les pelotes de MM. Cresson et Sanson comme un perfectionnement, tout en laissant cependant à l'expérience à prononcer sur leurs avantages et leurs inconvéniens.

Abcès symptomatique des caries du rachis.

Mémoire de M. le docteur Bourjot Saint-Hilaire, chef de clinique oculaire à l'Hôtel-Dieu de Paris ; rapport de M. Gimelle.— Le but du mémoire est de faire reconnaître le siége précis d'une carie ou maladie des vertèbres, par le lieu qu'occupe l'abcès qui en résulte, lors même qu'il n'existerait aucun symptôme spécial à la colonne vertébrale. Les vertèbres, dit M. Bourjot, sont de tous les os du corps, les plus susceptibles d'être atteints de carie, surtout leur partie latérale qui n'est recouverte par aucun ligament ; le pus résultant de la carie gagne insensiblement de ce côté, vers le trou de conjugaison, et suivant la gaine des nerfs vient former abcès au lieu où aboutissent ceux-ci. Ainsi soit une carie lombaire, le pus suit le nerf crural et va faire abcès dans la fosse iliaque, puis se fait jour au dehors par le côté externe du ligament de Fallope. Soit une carie du sacrum, le pus suit le nerf sciatique de l'un ou l'autre côté, sort par l'échancrure, et va former abcès sous les muscles fessiers. Si la carie siége dans le coccyx, le pus suit les nerfs des cinquième et sixième paires sacrées, et vient se faire jour dans les graisses qui avoisinent le rectum. Si elle siége au dos, le pus suit la branche postérieure du nerf dorsal le plus voisin, et vient se montrer entre la crête postérieure de l'os des iles et les apophyses transverses de la première vertèbre sacrée. Si elle siége au col, le pus suit les branches du plexus cervical, fait abcès à la partie latérale du col, ou arrive jusque dans l'aisselle ou même jusqu'à la région interne du bras. Enfin, si la carie est à la base du crâne, le pus suit, ou les nerfs qui sortent par le trou déchiré postérieur, ou ceux qui sortent par le trou condyloïdien, et vient se montrer à la partie inférieure du col. Tout en louant les inductions de M. Bourjot, la commission ne pense pas que le siège de l'abcès permette de préciser le siège de la carie, s'il n'y a d'autre part aucuns symptômes locaux au rachis, comme douleur, gibbosité, etc. Elle croit davantage que le pus des caries vertébrales suit plutôt les gaines des nerfs que celle des vaisseaux. Elle propose de donner des encouragemens à M. Bourjot, et de déposer son mémoire aux archives.—Adopté.

Thermopode, pédiluves.

M. Thillaye fait un rapport sur un nouvel appareil inventé par M. Petit, pharmacien à Paris, pour donner des bains de pied, et que ce pharmacien appelle *thermopode*. M. Petit s'est proposé de construire un bain de pied tel que l'on puisse à volonté et sans déranger le malade, élever la température du liquide. Pour cela il a donné un double fond au seau dont il se sert ; un tuyau conduit l'eau bouillante jusqu'au fond du seau, celle-ci ne peut remonter et toucher les pieds qu'après avoir traversé les trous dont est criblé le fonds supérieur. Cette invention, dit le rapporteur, est peu considérable sans doute, mais elle mérite néanmoins l'approbation de l'Académie.—Adopté.

Chlore dans la phthisie pulmonaire.

Mémoire de M. le docteur Toulmouche ; rapport de M. Louis.—M. Toulmouche a administré le chlore à près de 80 phthisiques, presque tous pectoriloques ; pas un n'a guéri, et la plupart n'ont pu supporter long-temps l'usage du médicament qui produisait de la chaleur au col, de la sécheresse à la poitrine, augmentait la toux. Mais si le chlore a échoué contre la phthisie, il paraît avoir eu des effets avantageux sur le catarrhe pulmonaire chronique. La commission propose de remercier M. Toulmouche, de l'inviter à continuer ses recherches, et de le mettre sur la liste des candidats aux places de correspondans.— Adopté.

Seigle ergoté.

Séance du 11 *mars*. M. Caffort, médecin de Narbonne, envoie une note sur les propriétés obstétriques du seigle ergoté ; il en a fait usage dans dix cas ; dans six il a réussi ; dans les quatre autres il n'y a eu aucune action. M. Caffort attribue la différence à ce que, dans les quatre derniers cas, le seigle ergoté qu'il a employé était déjà ancien ; il pense que cette substance perd ses propriétés, quand elle est gardée un peu long-temps.

Pois à cautères.

M. Guéneau de Mussy, au nom d'une commission, fait un rapport sur de nouveaux pois à cautères imaginés par M. Frigerio, pharmacien de la Maternité. Ces pois sont faits avec une matière emplastique, dans la composition de laquelle entrent des gommes-résines, de la cire, des poudres de garou, de guimauve, d'iris, etc. M. Frigerio en varie, non-seulement le volume, mais la composition, de manière à rendre ces pois plus ou moins excitans ; et à cet égard il en confectionné de trois sortes, de *doux*, de *moyens* et de *très-actifs*. Des moyens mécaniques fort ingénieux servent à façonner la matière emplastique en pois, que M. Frigerio appelle *pois de garou composés*. La commission en a fait l'essai sur un grand nombre de malades, et reconnaît qu'ils ont sur les pois d'iris et d'orange ordinaires, l'avantage de mieux entretenir la suppuration sans causer de douleur au malade. Elle conclut à ce que l'Académie donne son approbation aux pois de M. Frigerio.—Une vive discussion s'engage sur ce rapport. Beaucoup de membres en blâment la conclusion, sur ce que les anciennes pharmacopées sont pleines de formules analogues pour la composition des pois à cautères ; sur ce que l'Académie, par son approbation aux pois de M. Frigerio, a l'air d'approuver l'autorité d'avoir accordé

à M. Frigerio un brevet d'invention, tandis qu'elle a mille fois exprimé que des brevets d'invention ne pouvaient être pris pour des médicamens. Le rapport est ajourné.

Vaccinations secondaires.

M. Moreau rappelle la note lue récemment à l'Académie par M. Salmade, et dans laquelle ce médecin niait la possibilité de la reproduction de la variole et de la vaccine chez des sujets antérieurement vaccinés. Il a en ce moment le moyen de convaincre du contraire M Salmade. Un de ses clients, anciennement vacciné, a en ce moment la variole ; son épouse s'est soumise à une seconde vaccination qui a réussi, et dont M. Salmade pourra explorer les boutons. M. Moreau offre de faire voir encore à ce confrère un cas analogue. Il termine par le fait suivant : une femme anciennement vaccinée devient enceinte, et à quatre mois de grossesse a une variole qui se termine heureusement : depuis, l'enfant dont elle est accouchée a été vainement vacciné quatre fois, jamais la vaccine n'a pris : cet enfant aurait-il eu la même variole que sa mère pendant qu'il était dans son sein ? et est-ce à cela qu'il doit d'être préservé ? Il existe des exemples de fœtus qui ont eu la variole avec leur mère, pendant qu'ils étaient dans son sein. — MM. Gimelle et Salmade ont, depuis la discussion de l'Académie, tenté de secondes vaccinations ; ils n'ont rien obtenu, ou seulement des boutons avortés et qui avaient disparu dès le sixième jour.—M. Bousquet a employé à des vaccinations le pus de boutons produits par des vaccinations secondaires, et il en est résulté de bonnes et légitimes vaccines. — L'Académie décide que la commission de vaccine vérifiera les faits annoncés par M. Moreau.

ACADÉMIE ROYALE SCIENCES.

—

Séance du 3 et du 24 février.

Mécanisme des bruits du cœur.

M. Magendie lit un mémoire sur ce sujet. C'est à Laënnec, dit l'auteur, qu'on doit d'avoir attiré l'attention des médecins sur ces bruits, dont l'appréciation forme aujourd'hui un élément indispensable dans l'art du diagnostic. Cet habile observateur, en effet, ne s'est pas borné à décrire les bruits que le cœur produit à l'état sain, il a indiqué plusieurs phénomènes de ce genre qui appartiennent à l'état pathologique, et ses nombreuses remarques ont à cet égard créé une branche nouvelle de séméiologie. Laënnec a cherché à donner une explication physiologique des phénomènes qu'il avait étudiés avec tant de succès sous le rapport des applications pratiques ; mais dans cette partie de son travail il n'a pas été également heureux : son explication a été refutée par plusieurs médecins, qui eux-mêmes n'en ont pas présenté jusqu'à présent de complétement satisfaisantes.

L'explication proposée par Laënnec est fondée, non sur des observations directes, mais sur des déductions tirées du temps et du lieu où sont produits plus spécialement chacun des deux bruits propres au cœur. L'un sourd, profond, se développe du côté gauche de la poitrine, à la hauteur du cartilage de la cinquième ou sixième côte ; il précède de fort peu le battement du cœur ; Laënnec en conclut que ce bruit était produit par la contraction du ventricule à l'instant où le sang est chassé dans les artères aorte et pulmonaire. Le second bruit du cœur, clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet, succède presque immédiatement au premier ; il semble naître derrière la partie inférieure droite du sacrum ; Laënnec le rapporte à la contraction des oreillettes. Quant à la source même de ces deux sons, il l'attribuait à des vibrations sonores qui se développeraient dans les fibres musculaires au moment de leur contraction.

Le professeur Turner inséra, dans le tome III des *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*, un mémoire destiné à établir que le second bruit du cœur ne pouvait être attribué à la cause assignée par Laënnec ; ces preuves-tirées de l'examen attentif du pouls veineux des jugulaires, détruisait bien l'hypothèse du savant médecin français, mais elle ne conduisait à aucune autre. En 1830, le docteur Hope établit par des expériences :

1°. Que la contraction des oreillettes précède le premier bruit du cœur ;

2°. Que cette contraction n'est accompagnée d'aucun bruit ;

3°. Enfin, que le second bruit du cœur coïncide avec la dilatation des ventricules.

Toutes ces conclusions négatives étaient le résultat d'expériences bien faites. Quant à l'explication que leur auteur voulut substituer à celle qu'il venait de ruiner, il la chercha dans son imagination, et sa théorie fut que les bruits résultent du déplacement subit qu'éprouve le sang, soit pour entrer dans les ventricules, soit pour en sortir ; mais il n'en pouvait donner aucune preuve. Depuis la publication du livre de M. Hope, d'autres idées ont été émises ; ainsi les bruits ont été attribués à l'ébranlement produit dans les artères aorte et pulmonaire par le sang chassé des ventricules. Laënnec lui-même, trompé par les expériences d'un médecin anglais nommé Buxey, modifia son explication du second bruit ; il ne l'attribua plus à la contraction des oreillettes, mais seulement à celle des ventricules. Plus récemment M. Rouanet, dans sa dissertation inaugurale, s'efforça de prouver que les bruits étaient dus au choc du sang, dans un cas, contre les valvules tricuspides et mitrales ; dans l'autre, contre les valvules sygmoïdes, aortiques et pulmonaires.

Toutes ces explications ne paraissant pas à M. Magendie bien fondées, il a fait, pour arriver à connaître la véritable cause, des expériences très-variées dont nous attendrons la publication pour les juger, et qui tendent à établir que le premier bruit du cœur est le produit du choc de la pointe de cet organe sur les parois de la poitrine. On conçoit fort bien, en effet, comment une masse élastique telle que le cœur contracté, heurtant plus ou moins énergiquement contre une paroi résonnante, le thorax peut et doit produire un son bien manifeste.

Quant au second bruit, M. Magendie reconnut aussi, par des expériences sur des animaux vivans, qu'au moment de la dilatation des ventricules, la face antérieure du ventricule droit vient frapper brusquement la face postérieure du sternum et les parties thoraciques droites voisines, et y développer un ébranlement sonore qui constitue le second bruit du cœur nommé aussi bruit clair ou superficiel.

Il est d'autant plus facile, dit M. Magendie, de comprendre la production de ce son et ses caractères particuliers, que le sternum, et en général les parois antérieures de la poitrine, constituent la partie la plus sonore de cette cavité. Il est d'ailleurs facile d'en acquérir la preuve expérimentale, en plaçant un obstacle mécanique entre le sternum et le cœur. Dans ce cas, le second bruit est complétement anéanti.

Dans *la séance du 24 février*, M. Bouillaud a adressé une lettre à l'Académie, pour réfuter la théorie de M. Magendie, qui attribue le double bruit du cœur au choc de cet organe contre les parois thoraciques. « Hier 23, dit M. Bouillaud, j'ai mis à découvert le cœur d'un coq vigoureux, chez lequel j'avais ausculté auparavant le double bruit de cet organe. J'ai auscilté le cœur encore enveloppé du péricarde, puis dépouillé de cette enveloppe. J'ai ausculté à l'oreille nue et à l'oreille armée du stéthoscope; j'ai renouvelé cette opération à plusieurs reprises, et je puis affirmer que j'ai *très-distinctement* entendu le double bruit ou tic-tac du cœur, et cependant il n'existait aucune espèce de contact entre cet organe et les parois pectorales, entre lui et le sternum en particulier. Pour préserver mon oreille du contact du sang qui coulait par la plaie, suite de l'expérience, j'ai mis entr'elle et le cœur que j'auscultais, un linge assez épais; j'ai encore entendu le double bruit du cœur; toutefois, il était alors comme voilé.» —Le cœur, ayant été enlevé, a continué de battre pendant quelques instans, soit spontanément, soit sous l'influence d'une excitation artificielle. Ces battemens du cœur *à vide* ne sont pas accompagnés de bruit. Cette expérience, répétée sur deux lapins d'une force moyenne, a fourni les mêmes résultats. —M. Bouillaud dit, en terminant, que les résultats de l'exploration directe des bruits du cœur, tels qu'il les a obtenus, tendent à le confirmer dans l'opinion que le double bruit de cet organe, qui imite si exactement le bruit de soupapes, a pour principal agent le jeu des valvules du cœur. Ce médecin rappelle que le docteur Hope, en Angleterre, a obtenu de ses expériences sur les bruits du cœur, chez de grands animaux, tels que l'âne, des résultats tout-à-fait conformes à ceux qu'il vient d'indiquer.

COMPTE RENDU

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 mars 1834.

(PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.)

Créosote. — Oxide blanc d'antimoine. — Choléra. — Hydropisie par obstruction veineuse. — Cancer des os.

SÉANCE DU 7 MARS 1834. — M. *Sanson* demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour faire connaître à la Société le résultat de quelques essais sur la créosote.

A la suite d'un anthrax abandonné à lui-même chez un enfant pâle et très-affaibli, il existait une plaie blafarde, présentant plutôt l'aspect d'une membrane muqueuse, que celui de bourgeons charnus, la créosote, mise en usage pendant 15 jours, n'a produit d'autre effet sensible qu'un écoulement sanguin : du reste l'application du médicament n'a déterminé aucune douleur.

Des ophthalmies, dans des conditions variées, n'ont pas été modifiées par la créosote.

Un homme porte un ulcère carcinomateux qui, développé au bord de la paupière inférieure, s'est étendu jusque sur le nez. Une solution concentrée de créosote, de la créosote pure, ont desséché les bourgeons charnus, mais momentanément. La cornée est devenue opaque.

La créosote n'a produit aucun effet utile dans 5 ou 6 autres plaies anciennes.

M. Sanson se propose de continuer ses expériences sur des plaies récentes.

M. *Téallier* fait observer que chez ses malades, l'emploi de la créosote a toujours été suivi d'une douleur vive.

Une dame qui ressent, depuis un an, des cuissons très-vives, dont le siége est la base du clitoris, n'a éprouvé aucun soulagement, ni par les antiphlogistiques, ni par l'opium. De l'eau créosotée a paru guérir la maladie. Les parties malades ont perdu la rougeur intense qu'elles avaient avant l'usage de la créosote.

Chez la jeune fille dont M. Téallier a déjà entretenu la Société, et qui présentait une perforation du nez, la plaie s'est entièrement cicatrisée, sous l'influence de l'eau créosotée.

M. *Sanson* avait averti ses malades des douleurs que pourrait leur causer le médicament; aucun n'a éprouvé ces douleurs. L'honorable membre ajoute que chez une dame, dont le col utérin présentait une rougeur vive, un engorgement assez considérable, et des plaies résultant de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, tout écoulement a cessé par l'action de la créosote qui, cette fois encore, n'a déterminé aucune douleur.

M. *Nicod* demande aussi la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour insister de nouveau sur l'utilité de la chaleur du fer à repasser, dans le traitement des douleurs névralgiques du thorax et de l'abdomen.

M. *Téallier* fait un rapport favorable sur les observations lues, dans la dernière séance, par M. Lemoine, médecin à Paris. ces observations étaient relatives à une pneumonie

traitée avec succès par l'antimoine, et à un choléra qui a été agravé par une saignée de bras faite pendant la période algide.

M. *Sanson*, après s'être excusé de sortir de son domaine à peu-près exclusif, celui de la chirurgie, dit, en peu de mots, ce que lui ont appris ses expériences sur l'oxide blanc d'antimoine. Ce n'est pas certainement un médicament complétement inerte, comme l'ont dit quelques médecins. Habitué à attaquer les phlegmasies aiguës de la poitrine, par de larges saignées, il n'a employé l'émétique à haute dose et l'oxide blanc d'antimoine que chez les malades qui n'avaient pas été suffisamment soulagés par les antiphlogistiques. Dans ces cas, l'émétique à haute dose et l'oxide blanc d'antimoine, lui ont souvent donné d'heureux résultats.

Il partage l'avis de M. le rapporteur relativement à l'inutilité de la saignée dans la première période du choléra, il déclare que, dans ces cas, il lui a été impossible d'obtenir du sang, soit par de larges saignées, soit par des ventouses appliquées sur des sacrifications profondes.

M. Sanson rappelle, à cette occasion, les préceptes que M. Alphonse Sanson avait cru devoir établir par suite des observations qu'il avait faites à Berlin. Quelques boissons théiformes suffisent, lorsque la maladie est attaquée dans ses prodrômes. Quand il y a diarrhée et commencement de crampes, l'ipécacuanha est nécessaire. Enfin, les affusions froides ont quelquefois réussi dans la période cyanique. Un professeur de langues entra un soir à l'Hôtel-Dieu, dans la période algide. Il ne voulut se soumettre à aucun traitement. Le lendemain matin il offrait à un haut degré, tous les caractères de l'état cyanique. Les affusions froides produisirent sur lui un effet aussi avantageux que subit. Il se releva lui-même de sa baignoire, et voulut poursuivre le baigneur.

M. Sanson n'a qu'à se féliciter d'avoir suivi les indications fournies par M. son frère, puisqu'au moment où il a éprouvé lui-même une atteinte cholérique, c'est-à-dire 15 jours après le commencement de l'épidémie, il avait vu guérir la moitié des malades entrés dans son service, proportion fort avantageuse pour cette époque.

M. *Nacquart* s'étonne que des praticiens graves aient pu conseiller la saignée dans la période cyanique. Il a constaté qu'elle n'était possible que dans la période de réaction.

M. *Prus* admet qu'il en était ainsi, lorsque la période algide était déjà fort avancée; mais il a pu, un assez grand nombre de fois, faire pratiquer, dans le début de cette même période, des saignées, qui souvent ont facilité la marche du sang et ont accéléré la réaction.

Cette discussion étant épuisée, M. Prus fait la communication suivante :

Un des plus grands services rendus à la médecine, dans ces dernières années, c'est, sans contredit, d'avoir démontré que la plupart des hydropisies dépendent d'une gêne plus ou moins grande de la circulation veineuse. Honneur à M. Bouillaud, auteur de cette découverte importante! Le fait que je désire soumettre à la Société offre un bel exemple à l'appui de cette doctrine.

Le nommé Laboureau, âgé de 75 ans, serrurier, est entré à l'infirmerie de Bicêtre le 23 février dernier, il accusait un peu d'oppression et une impossibilité de marcher due à un œdème très-considérable des deux extrémités inférieures, œdème plus développé à droite qu'à gauche. Une exploration attentive du thorax ne fit découvrir qu'une impulsion un peu vive du cœur que j'attribuai à une légère hypertrophie du ventricule gauche. Le pouls était régulier et d'une force médiocre. Les autres fonctions n'offraient aucune altération.

La position horizontale, continuée pendant plusieurs jours, une saignée de bras, des sangsues à l'anus, n'amenèrent aucun changement dans l'état des membres inférieurs. Frappé de la sécheresse et de l'émaciation de toutes les autres parties du corps, comparées aux extrémités pelviennes, je soupçonnai un arrêt plus ou moins complet de la circulation veineuse dans un point qu'il m'était impossible de déterminer d'une manière rigoureuse. Le malade que les évacuations sanguines n'avaient pas empêché de tomber dans un coma profond, mourut le 2 mars, après être resté sans connaissance pendant deux jours.

Nécropsie.—Lorsque le scalpel dirigé depuis la clavicule droite jusqu'à l'arcade crurale du même côté, fut arrivé dans ce point, il rencontra un corps tellement résistant qu'il ne put pénétrer dans la cavité abdominale. Ce corps, incisé suivant son épaisseur, parut composé, dans sa partie la plus interne, de ganglions lymphatiques rosés, entourés d'abord de tissu cellulaire induré et d'un blanc mat, et plus en dehors de tissu adipeux, dont la consistance allait en décroissant de l'intérieur à l'extérieur. Cette tumeur était placée immédiatement sur la veine crurale, qu'elle comprimait fortement. Cette altération pathologique ne rendait compte que de l'œdème du membre inférieur droit. Mais bientôt de nouvelles recherches nous firent découvrir trois ganglions lombaires, situés entre l'aorte et la veine cave inférieure, dans un état de gonflement et d'induration bien remarquable. L'un d'eux, au niveau de l'avant-dernière vertèbre dorsale, ayant le volume d'une noix, comprimait tellement la veine cave inférieure, que dans ce point elle admettait à peine une sonde cannelée. Toutes les veines situées inférieurement, mais surtout les veines crurales offraient un grand nombre de distensions variqueuses, et étaient gorgées d'un sang noir et coagulé. La membrane interne de ces vaisseaux n'a pas paru altérée. (La pièce anatomique mise d'abord sous les yeux des membres de la Société, a été ensuite adressée à M. Bouillaud qui la conserve.)

Le ventricule gauche du cœur n'offrait qu'une hypertrophie bien douteuse. La base seule des valvules aortiques offrait quelques indurations cartilagineuses, un des tendons des faisceaux charnus du ventricule se terminait par une incrustation osseuse, du volume d'un pois, laquelle était placée au-dessous d'une des valvules sygmoïdes.

Les membranes cérébrales offraient une rougeur assez intense. il n'existait pas plus de deux cuillerées de sérosité dans les cavités de l'encéphale.

Les autres organes n'ont rien présenté de remarquable.

M. Prus dit, en finissant, que cette observation lui paraît digne d'attention, d'abord, parce qu'elle confirme la doctrine indiquée sur l'étiologie de la plupart des hydropisies, ensuite parce que l'examen des ganglions lombaires dégénérés, tend à faire penser que c'est avec raison que MM. Brodie

et Serre de Montpellier, ont vu dans certaines altérations des ganglions lombaires, la cause première de plusieurs maladies vertébrales.

M. *Sanson* ne croit pas que la maladie d'un ganglion extérieur aux vertèbres puisse déterminer la carie de celles-ci. Il faut que l'altération existe dans un ganglion intérieur, tel que ceux qu'on trouve dans le canal médullaire. Il rappelle, à ce sujet, un cas dont il a récemment entretenu l'Académie de médecine. M. Dupuytren n'avait pas cru devoir opérer une femme de 40 ans, qui portait un cancer énorme des deux seins. Cette femme sortit de l'Hôtel-Dieu pour y rentrer bientôt après, plus malade encore. La malade se fractura une cuisse en se tournant dans son lit. L'élève interne détermina une fracture de l'autre côté en soulevant le membre. Des tubercules cancéreux existaient dans toutes les vertèbres, dans les fémurs, et jusque dans les os du crâne.

Le secrétaire particulier, PRUS.

Le secrétaire général, FORGET.

Election.

Mort M. de Wenzel, appartenant à la section de médecine opératoire. M. le président, à cette occasion, rappelle qu'il y a une élection de titulaire à faire dan la section de pathologie interne, et l'Académie fixe à six le nombre de candidats que devra présentér cette section.

Prix de l'Academie.

Trois mémoires relatifs au sujet de prix proposé l'an dernier, ont été envoyés à l'Academie : sont nommés par scrutin, commissaires pour l'examen de ces mémoires, MM. Double, Chomel, Breschet, Alard et Delens. Une longue discussion a eu lieu sur la question de savoir si MM. les adjoints pourraient être nommés de la commission. Ceux qui se prononçaient pour l'affirmative, se fondaient sur ce que l'ordonnance du 15 septembre dernier a donné aux adjoints voix délibérative en matière de science, ce qu'ils n'avaient pas auparavant. On leur a objecté que le réglement permet aux adjoints de concourir pour les prix proposés par l'académie, et que la concession de ce droit entraîne irrésistiblement la privation de celui d'être juges. Aucun mémoire n'a été envoyé pour le prix d'anatomie pathologique fondé par M. Portal.

sont nommés par scrutin, commissaires pour préparer la prochaine séance publique : MM. Louyer Villermay, Husson, Bally, Codibert et P. Dubois.

Hyperostose.

M. Vallot, de Dijon, adresse une note à l'occasion du cas d'yperostose Crânienne, présentée par M. Breschet, dans la séance du 28 janvier. Ce médecin rappelle plusieurs faits analogues que possède déjà la science, celui mentionné par Saucerotte, un autre, noté dans le grand ouvrage de Gall, d'autres dans Haller, Sœmmering, etc. — M. Velpeau pense que M. Vallot a confondu les exostoses avec l'hypertrophie des os du crâne ; c'est à ce dernier genre de maladie que se rapportait le fait de M. Breschet, et ce qui en constituait la rareté, c'était le jeune âge du malade ; les hypertrophies crâniennes chez des adultes sont bien moins rares.

Remèdes secrets.

Au nom de la commission des remèdes secrets, M. Collineau propose et fait adopter le rejet, 1° d'un *élixir contre les meurtrissures*, du sieur Floret, de Dole ; 2° *d'une eau contre le choléra*, du sieur vidien-Herboudières ; 3° d'un *remède contre l'hydropisie*, du sieur Toufiet-Langliers, marchand de draps de Neubourg (Eure) ; 4° d'un *remède contre la goutte*, du sieur Denis Andrieu ; 5° de plusieurs autres remèdes des sieurs Fontanelle et Girard.

Magnétisme.

M. Maingault rappelle qu'une commission de l'académie a présenté un rapport sur le magnétisme. Ce rapport, qui est publié, passe pour l'œuvre de l'académie, bien qu'il n'ait été ni discuté, ni approuvé par l'académie ; il demande que la compagnie aborde cette discussion. Cette proposition n'a pas de suite.

Épidémies.

M. Villeneuve, au nom de la commission des épidémies, présente des modèles de tableaux que devront remplir les médecins des épidémies : ainsi les descriptions des épidémies seront faites sur un plan uniforme. Quelques membres demandent qu'il soit rédigé en même temps une instruction sommaire sur la manière de remplir les tableaux. M. Thillaye insiste surtout sur les observations météorologiques, qui jusques aujourd'hui ont été si inexactes, que depuis 1666, 4 à 5 séries à peine ont pu servir.

Séance du 4 mars.

Bandages herniaires.

M. J. Cloquet, au nom d'une commission, lit un rapport sur une nouvelle espèce de pelote pour les bandages herniaires, proposée par les docteurs Cresson et Sanson. La pelote d'un bandage herniaire a pour but de s'opposer à l'issue des organes qui forment la hernie ; pour remplir ce but, elle doit exercer sur les ouvertures aponévrotiques et les parties voisines une pression douce, uniforme, constante, et proportionnée à la force de propulsion des viscères qui tendent à sortir. Elle doit sans doute une partie de ces avantages au ressort qui la supporte ; mais la forme et la substance dont on la compose ont aussi une influence. Généralement les pelotes des bandages herniaires sont faites de crin, de laine ou de feutre, recouvertes d'une peau maroquinée ou chamoisée. Elles ont l'inconvénient de se tasser, de devenir plus compactes par la pression, de se laisser imbiber par la transpiration, de se durcir, de produire ainsi une compression inégale, douloureuse, et enfin des excoriations qui obligent à suspendre l'application des bandages. C'est à prévenir ces inconvéniens que tend la nouvelle pelote de MM. Cresson et Sanson, faite avec du caout-chouc, et qui est tantôt toute solide, et tantôt creuse et plein d'air. Ces mécaniciens en fabriquent en effet de trois espèces : 1° les unes solides, pleines, fort résistantes ; 2° les secondes, creuses, contenant dans leur intérieur de l'air, ce qui ajoute à l'élasticité du caoutchouc, et qu'ils appellent *pelotes éoliennes à air fixe ;* 3° les troisièmes enfin, creuses encore, pleines d'air, mais telles qu'on peut y introduire l'air a volonté à l'aide d'un robinet et d'un tuyau, et qu'ils appellent *pelotes éoliennes à air mobile.* Ces pelotes sont recouvertes d'une feuille d'or très-mince qui, sans nuire à leur élasticité, les défend contre l'humeur de la transpiration. Les commissaires ont fait l'essai de ces pelotes sur eux-mêmes et sur plusieurs malades, et leur reconnaissent le mérite d'être élastiques, d'exercer une compression douce, uniforme, non douloureuse, non suivie d'excoriations, et d'être moins susceptibles de s'altérer. — M. Thillaye rappelle que depuis long-temps le caoutchouc a été employé dans la confection des bandages herniaires ; on peut en voir des essais dans les cabinets de la Faculté. — M. Itard blâme la trop grande élasticité de ces pelotes qui par suite laissent plus facilement sortir les hernies. M. Burdin craint que la pression exercée par le ressort des bandages de MM. Cres-

son et Sanson, ne soit trop faible. — M. Lodibert, pour justifier l'emploi des pelotes à air, rappelle qu'en 1793, le représentant du Peuple Chasles, étant à l'armée, fut atteint d'une hernie pour le maintien de laquelle tout bandage employé causait de vives douleurs ; on les remplaça, et avec succès, par une portion d'intestin desséché et insufflé. — M. Velpeau juge les pelotes à air préférables aux autres pelotes, en ce qu'elles exercent une pression plus considérable, surtout à la circonférence de l'anneau. — L'Académie décide qu'elle considérera les pelotes de MM. Cresson et Sanson comme un perfectionnement, tout en laissant cependant à l'expérience à prononcer sur leurs avantages et leurs inconvéniens.

Abcès symptomatique des caries du rachis.

Mémoire de M. le docteur Bourjot Saint-Hilaire, chef de clinique oculaire à l'Hôtel-Dieu de Paris ; rapport de M. Gimelle.— Le but du mémoire est de faire reconnaitre le siége précis d'une carie ou maladie des vertèbres, par le lieu qu'occupe l'abcès qui en résulte, lors même qu'il n'existerait aucun symptôme spécial à la colonne vertébrale. Les vertèbres, dit M. Bourjot, sont de tous les os du corps, les plus susceptibles d'être atteints de carie, surtout leur partie latérale qui n'est recouverte par aucun ligament ; le pus résultant de la carie gagne insensiblement de ce côté, vers le trou de conjugaison, et suivant la gaine des nerfs vient former abcès au lieu où aboutissent ceux-ci. Ainsi soit une carie lombaire, le pus suit le nerf crural et va faire abcès dans la fosse iliaque, puis se fait jour au dehors par le côté externe du ligament de Fallope. Soit une carie du sacrum, le pus suit le nerf sciatique de l'un ou l'autre côté, sort par l'échancrure, et va former abcès sous les muscles fessiers. Si la carie siége dans le coccyx, le pus suit les nerfs des cinquième et sixième paires sacrées, et vient se faire jour dans les graisses qui avoisinent le rectum. Si elle siége au dos, le pus suit la branche postérieure du nerf dorsal le plus voisin, et vient se montrer entre la crête postérieure de l'os des iles et les apophyses transverses de la première vertèbre sacrée. Si elle siége au col, le pus suit les branches du plexus cervical, fait abcès à la partie latérale du col, ou arrive jusque dans l'aisselle ou même jusqu'à la région interne du bras. Enfin, si la carie est à la base du crâne, le pus suit, ou les nerfs qui sortent par le trou déchiré postérieur, ou ceux qui sortent par le trou condyloïdien, et vient se montrer à la partie inférieure du col. Tout en louant les inductions de M. Bourjot, la commission ne pense pas que le siège de l'abcès permette de préciser le siège de la carie, s'il n'y a d'autre part aucuns symptômes locaux au rachis, comme douleur, gibbosité, etc. Elle croit davantage que le pus des caries vertébrales suit plutôt les gaînes des nerfs que celle des vaisseaux. Elle propose de donner des encouragemens à M. Bourjot, et de déposer son mémoire aux archives.—Adopté.

Thermopode, pédiluves.

M. Thillaye fait un rapport sur un nouvel appareil inventé par M. Petit, pharmacien à Paris, pour donner des bains de pied, et que ce pharmacien appelle *thermopode*. M. Petit s'est proposé de construire un bain de pied tel que l'on puisse à volonté et sans déranger le malade, élever la température du liquide. Pour cela il a donné un double fond au seau dont il se sert ; un tuyau conduit l'eau bouillante jusqu'au fond du seau, celle-ci ne peut remonter et toucher les pieds qu'après avoir traversé les trous dont est criblé le fonds supérieur. Cette invention, dit le rapporteur, est peu considérable sans doute, mais elle mérite néanmoins l'approbation de l'Académie.—Adopté.

Chlore dans la phthisie pulmonaire.

Mémoire de M. le docteur Toulmouche ; rapport de M. Louis.—M. Toulmouche a administré le chlore à près de 80 phthisiques, presque tous pectoriloques ; pas un n'a guéri, et la plupart n'ont pu supporter long-temps l'usage du médicament qui produisait de la chaleur au col, de la sécheresse à la poitrine, augmentait la toux. Mais si le chlore a échoué contre la phthisie, il paraît avoir eu des effets avantageux sur le catarrhe pulmonaire chronique. La commission propose de remercier M. Toulmouche, de l'inviter à continuer ses recherches, et de le mettre sur la liste des candidats aux places de correspondans.— Adopté.

Seigle ergoté.

Séance du 11 *mars*. M. Caffort, médecin de Narbonne, envoie une note sur les propriétés obstétriques du seigle ergoté ; il en a fait usage dans dix cas ; dans six il a réussi ; dans les quatre autres il n'y a eu aucune action. M. Caffort attribue la différence à ce que, dans les quatre derniers cas, le seigle ergoté qu'il a employé était déjà ancien ; il pense que cette substance perd ses propriétés, quand elle est gardée un peu long-temps.

Pois à cautères.

M. Guéneau de Mussy, au nom d'une commission, fait un rapport sur de nouveaux pois à cautères imaginés par M. Frigerio, pharmacien de la Maternité. Ces pois sont faits avec une matière emplastique, dans la composition de laquelle entrent des gommes-résines, de la cire, des poudres de garou, de guimauve, d'iris, etc. M. Frigerio en varie, non-seulement le volume, mais la composition, de manière à rendre ces pois plus ou moins excitans ; et à cet égard il en confectionné de trois sortes, de *doux*, de *moyens* et de *très-actifs*. Des moyens mécaniques fort ingénieux servent à façonner la matière emplastique en pois, que M. Frigerio appelle *pois de garou composés*. La commission en a fait l'essai sur un grand nombre de malades, et reconnait qu'ils ont sur les pois d'iris et d'orange ordinaires, l'avantage de mieux entretenir la suppuration sans causer de douleur au malade. Elle conclut à ce que l'Académie donne son approbation aux pois de M. Frigerio.—Une vive discussion s'engage sur ce rapport. Beaucoup de membres en blâment la conclusion, sur ce que les anciennes pharmacopées sont pleines de formules analogues pour la composition des pois à cautères ; sur ce que l'Académie, par son approbation aux pois de M. Frigerio, a l'air d'approuver l'autorité d'avoir accordé

à M. Frigerio un brevet d'invention, tandis qu'elle a mille fois exprimé que des brevets d'invention ne pouvaient être pris pour des médicamens. Le rapport est ajourné.

Vaccinations secondaires.

M. Moreau rappelle la note lue récemment à l'Académie par M. Salmade, et dans laquelle ce médecin niait la possibilité de la reproduction de la variole et de la vaccine chez des sujets antérieurement vaccinés. Il a en ce moment le moyen de convaincre du contraire M Salmade. Un de ses clients, anciennement vacciné, a eu ce moment la variole ; son épouse s'est soumise à une seconde vaccination qui a réussi, et dont M. Salmade pourra explorer les boutons. M. Moreau offre de faire voir encore à ce confrère un cas analogue. Il termine par le fait suivant : une femme anciennement vaccinée devient enceinte, et à quatre mois de grossesse a une variole qui se termine heureusement : depuis, l'enfant dont elle est accouchée a été vainement vacciné quatre fois, jamais la vaccine n'a pris : cet enfant aurait-il eu la même variole que sa mère pendant qu'il était dans son sein ? et est-ce à cela qu'il doit d'être préservé ? Il existe des exemples de fœtus qui ont eu la variole avec leur mère, pendant qu'ils étaient dans son sein. — MM. Gimelle et Salmade ont, depuis la discussion de l'Académie, tenté de secondes vaccinations ; ils n'ont rien obtenu, ou seulement des boutons avortés et qui avaient disparu dès le sixième jour.—M. Bousquet a employé à des vaccinations le pus de boutons produits par des vaccinations secondaires, et il en est résulté de bonnes et légitimes vaccines. — L'Académie décide que la commission de vaccine vérifiera les faits annoncés par M. Moreau.

ACADÉMIE ROYALE SCIENCES.

—

Séance du 3 et du 24 février.

Mécanisme des bruits du cœur.

M. Magendie lit un mémoire sur ce sujet. C'est à Laënnec, dit l'auteur, qu'on doit d'avoir attiré l'attention des médecins sur ces bruits, dont l'appréciation forme aujourd'hui un élément indispensable dans l'art du diagnostic. Cet habile observateur, en effet, ne s'est pas borné à décrire les bruits que le cœur produit à l'état sain, il a indiqué plusieurs phénomènes de ce genre qui appartiennent à l'état pathologique, et ses nombreuses remarques ont à cet égard créé une branche nouvelle de séméiologie. Laënnec a cherché à donner une explication physiologique des phénomènes qu'il avait étudiés avec tant de succès sous le rapport des applications pratiques ; mais dans cette partie de son travail il n'a pas été également heureux : son explication a été refutée par plusieurs médecins, qui eux-mêmes n'en ont pas présenté jusqu'à présent de complétement satisfaisantes.

L'explication proposée par Laënnec est fondée, non sur des observations directes, mais sur des déductions tirées du temps et du lieu où sont produits plus spécialement chacun des deux bruits propres au cœur. L'un sourd, profond, se développe du côté gauche de la poitrine, à la hauteur du cartilage de la cinquième ou sixième côte ; il précède de fort peu le battement du cœur ; Laënnec en conclut que ce bruit était produit par la contraction du ventricule à l'instant où le sang est chassé dans les artères aorte et pulmonaire. Le second bruit du cœur, clair, brusque, analogue au claquement de la soupape d'un soufflet, succède presque immédiatement au premier ; il semble naître derrière la partie inférieure droite du sacrum ; Laënnec le rapporte à la contraction des oreillettes. Quant à la source même de ces deux sons, il l'attribuait à des vibrations sonores qui se développeraient dans les fibres musculaires au moment de leur contraction.

Le professeur Turner inséra, dans le tome III des *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*, un mémoire destiné à établir que le second bruit du cœur ne pouvait être attribué à la cause assignée par Laënnec ; ces preuves tirées de l'examen attentif du pouls veineux des jugulaires, détruisait bien l'hypothèse du savant médecin français, mais elle ne conduisait à aucune autre. En 1830, le docteur Hope établit par des expériences :

1°. Que la contraction des oreillettes précède le premier bruit du cœur ;

2°. Que cette contraction n'est accompagnée d'aucun bruit ;

3°. Enfin, que le second bruit du cœur coïncide avec la dilatation des ventricules.

Toutes ces conclusions négatives étaient le résultat d'expériences bien faites. Quant à l'explication que leur auteur voulut substituer à celle qu'il venait de ruiner, il la chercha dans son imagination, et sa théorie fut que les bruits résultent du déplacement subit qu'éprouve le sang, soit pour entrer dans les ventricules, soit pour en sortir ; mais il n'en pouvait donner aucune preuve. Depuis la publication du livre de M. Hope, d'autres idées ont été émises ; ainsi les bruits ont été attribués à l'ébranlement produit dans les artères aorte et pulmonaire par le sang chassé des ventricules. Laënnec lui-même, trompé par les expériences d'un médecin anglais nommé Buxey, modifia son explication du second bruit ; il ne l'attribua plus à la contraction des oreillettes, mais seulement à celle des ventricules. Plus récemment M. Rouanet, dans sa dissertation inaugurale, s'efforça de prouver que les bruits étaient dus au choc du sang, dans un cas, contre les valvules tricuspides et mitrales ; dans l'autre, contre les valvules sygmoïdes, aortiques et pulmonaires.

Toutes ces explications ne paraissant pas à M. Magendie bien fondées, il a fait, pour arriver à connaître la véritable cause, des expériences très-variées dont nous attendrons la publication pour les juger, et qui tendent à établir que le premier bruit du cœur est le produit du choc de la pointe de cet organe sur les parois de la poitrine. On conçoit fort bien, en effet, comment une masse élastique telle que le cœur contracté, heurtant plus ou moins énergiquement contre une paroi résonnante, le thorax peut et doit produire un son bien manifeste.

Quant au second bruit, M. Magendie reconnut aussi, par des expériences sur des animaux vivans, qu'au moment de la dilatation des ventricules, la face antérieure du ventricule droit vient frapper brusquement la face postérieure du sternum et les parties thoraciques droites voisines, et y développer un ébranlement sonore qui constitue le second bruit du cœur nommé aussi bruit clair ou superficiel.

Il est d'autant plus facile, dit M. Magendie, de comprendre la production de ce son et ses caractères particuliers, que le sternum, et en général les parois antérieures de la poitrine, constituent la partie la plus sonore de cette cavité. Il est d'ailleurs facile d'en acquérir la preuve expérimentale, en plaçant un obstacle mécanique entre le sternum et le cœur. Dans ce cas, le second bruit est complétement anéanti.

Dans *la séance du 24 février*, M. Bouillaud a adressé une lettre à l'Académie, pour réfuter la théorie de M. Magendie, qui attribue le double bruit du cœur au choc de cet organe contre les parois thoraciques. « Hier 23, dit M. Bouillaud, j'ai mis à découvert le cœur d'un coq vigoureux, chez lequel j'avais ausculté auparavant le double bruit de cet organe. J'ai ausculté le cœur encore enveloppé du péricarde, puis dépouillé de cette enveloppe. J'ai ausculté à l'oreille nue et à l'oreille armée du stéthoscope; j'ai renouvelé cette opération à plusieurs reprises, et je puis affirmer que j'ai *très-distinctement* entendu le double bruit ou tic-tac du cœur, et cependant il n'existait aucune espèce de contact entre cet organe et les parois pectorales, entre lui et le sternum en particulier. Pour préserver mon oreille du contact du sang qui coulait par la plaie, suite de l'expérience, j'ai mis entr'elle et le cœur que j'auscultais, un linge ssez épais; j'ai encore entendu le double bruit du cœur; toutefois, il était alors comme voilé.» — Le cœur, ayant été enlevé, a continué de battre pendant quelques instans, soit spontanément, soit sous l'influence d'une excitation artificielle. Ces battemens du cœur *à vide* ne sont pas accompagnés de bruit. Cette expérience, répétée sur deux lapins d'une force moyenne, a fourni les mêmes résultats. — M. Bouillaud dit, en terminant, que les résultats de l'exploration directe des bruits du cœur, tels qu'il les a obtenus, tendent à le confirmer dans l'opinion que le double bruit de cet organe, qui imite si exactement le bruit de soupapes, a pour principal agent le jeu des valvules du cœur. Ce médecin rappelle que le docteur Hope, en Angleterre, a obtenu de ses expériences sur les bruits du cœur, chez de grands animaux, tels que l'âne, des résultats tout-à-fait conformes à ceux qu'il vient d'indiquer.

COMPTE RENDU

DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 mars 1834.

(PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.)

Créosote. — Oxide blanc d'antimoine. — Choléra. — Hydropisie par obstruction veineuse. — Cancer des os.

SÉANCE DU 7 MARS 1834. — M. *Sanson* demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour faire connaître à la Société le résultat de quelques essais sur la créosote.

A la suite d'un anthrax abandonné à lui-même chez un enfant pâle et très-affaibli, il existait une plaie blafarde, présentant plutôt l'aspect d'une membrane muqueuse, que celui de bourgeons charnus, la créosote, mise en usage pendant 15 jours, n'a produit d'autre effet sensible qu'un écoulement sanguin : du reste l'application du médicament n'a déterminé aucune douleur.

Des ophthalmies, dans des conditions variées, n'ont pas été modifiées par la créosote.

Un homme porte un ulcère carcinomateux qui, développé au bord de la paupière inférieure, s'est étendu jusque sur le nez. Une solution concentrée de créosote, de la créosote pure, ont desséché les bourgeons charnus, mais momentanément. La cornée est devenue opaque.

La créosote n'a produit aucun effet utile dans 5 ou 6 autres plaies anciennes.

M. Sanson se propose de continuer ses expériences sur des plaies récentes.

M. *Téallier* fait observer que chez ses malades, l'emploi de la créosote a toujours été suivi d'une douleur vive.

Une dame qui ressent, depuis un an, des cuissons très-vives, dont le siége est la base du clitoris, n'a éprouvé aucun soulagement, ni par les antiphlogistiques, ni par l'opium. De l'eau créosotée a paru guérir la maladie. Les parties malades ont perdu la rougeur intense qu'elles avaient avant l'usage de la créosote.

Chez la jeune fille dont M. Téallier a déjà entretenu la Société, et qui présentait une perforation du nez, la plaie s'est entièrement cicatrisée, sous l'influence de l'eau créosotée.

M. *Sanson* avait averti ses malades des douleurs que pourrait leur causer le médicament; aucun n'a éprouvé ces douleurs. L'honorable membre ajoute que chez une dame, dont le col utérin présentait une rougeur vive, un engorgement assez considérable, et des plaies résultant de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, tout écoulement a cessé par l'action de la créosote qui, cette fois encore, n'a déterminé aucune douleur.

M. *Nicod* demande aussi la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour insister de nouveau sur l'utilité de la chaleur du fer à repasser, dans le traitement des douleurs névralgiques du thorax et de l'abdomen.

M. *Téallier* fait un rapport favorable sur les observations lues, dans la dernière séance, par M. Lemoine, médecin à Paris. ces observations étaient relatives à une pneumonie

traitée avec succès par l'antimoine, et à un choléra qui a été agravé par une saignée de bras faite pendant la période algide.

M. *Sanson*, après s'être excusé de sortir de son domaine à peu-près exclusif, celui de la chirurgie, dit, en peu de mots, ce que lui ont appris ses expériences sur l'oxide blanc d'antimoine. Ce n'est pas certainement un médicament complétement inerte, comme l'ont dit quelques médecins. Habitué à attaquer les phlegmasies aiguës de la poitrine, par de larges saignées, il n'a employé l'émétique à haute dose et l'oxide blanc d'antimoine que chez les malades qui n'avaient pas été suffisamment soulagés par les antiphlogistiques. Dans ces cas, l'émétique à haute dose et l'oxide blanc d'antimoine, lui ont souvent donné d'heureux résultats.

Il partage l'avis de M. le rapporteur relativement à l'inutilité de la saignée dans la première période du choléra, il déclare que, dans ces cas, il lui a été impossible d'obtenir du sang, soit par de larges saignées, soit par des ventouses appliquées sur des sacrifications profondes.

M. Sanson rappelle, à cette occasion, les préceptes que M. Alphonse Sanson avait cru devoir établir par suite des observations qu'il avait faites à Berlin. Quelques boissons théiformes suffisent, lorsque la maladie est attaquée dans ses prodrômes. Quand il y a diarrhée et commencement de crampes, l'ipécacuanha est nécessaire. Enfin, les affusions froides ont quelquefois réussi dans la période cyanique. Un professeur de langues entra un soir à l'Hôtel-Dieu, dans la période algide. Il ne voulut se soumettre à aucun traitement. Le lendemain matin il offrait à un haut degré, tous les caractères de l'état cyanique. Les affusions froides produisirent sur lui un effet aussi avantageux que subit. Il se releva lui-même de sa baignoire, et voulut poursuivre le baigneur.

M. Sanson n'a qu'à se féliciter d'avoir suivi les indications fournies par M. son frère, puisqu'au moment où il a éprouvé lui-même une atteinte cholérique, c'est-à-dire 15 jours après le commencement de l'épidémie, il avait vu guérir la moitié des malades entrés dans son service, proportion fort avantageuse pour cette époque.

M. *Nacquart* s'étonne que des praticiens graves aient pu conseiller la saignée dans la période cyanique. Il a constaté qu'elle n'était possible que dans la période de réaction.

M. *Prus* admet qu'il en était ainsi, lorsque la période algide était déjà fort avancée; mais il a pu, un assez grand nombre de fois, faire pratiquer, dans le début de cette même période, des saignées, qui souvent ont facilité la marche du sang et ont accéléré la réaction.

Cette discussion étant épuisée, M. Prus fait la communication suivante :

Un des plus grands services rendus à la médecine, dans ces dernières années, c'est, sans contredit, d'avoir démontré que la plupart des hydropisies dépendent d'une gêne plus ou moins grande de la circulation veineuse. Honneur à M. Bouillaud, auteur de cette découverte importante! Le fait que je désire soumettre à la Société offre un bel exemple à l'appui de cette doctrine.

Le nommé Labourcau, âgé de 75 ans, serrurier, est entré à l'infirmerie de Bicêtre le 23 février dernier, il accusait un peu d'oppression et une impossibilité de marcher due à un œdème très-considérable des deux extrémités inférieures, œdème plus développé à droite qu'à gauche. Une exploration attentive du thorax ne fit découvrir qu'une impulsion un peu vive du cœur que j'attribuai à une légère hypertrophie du ventricule gauche. Le pouls était régulier et d'une force médiocre. Les autres fonctions n'offraient aucune altération.

La position horizontale, continuée pendant plusieurs jours, une saignée de bras, des sangsues à l'anus, n'amenèrent aucun changement dans l'état des membres inférieurs. Frappé de la sécheresse et de l'émaciation de toutes les autres parties du corps, comparées aux extrémités pelviennes, je soupçonnai un arrêt plus ou moins complet de la circulation veineuse dans un point qu'il m'était impossible de déterminer d'une manière rigoureuse. Le malade que les évacuations sanguines n'avaient pas empêché de tomber dans un coma profond, mourut le 2 mars, après être resté sans connaissance pendant deux jours.

Nécropsie.—Lorsque le scalpel dirigé depuis la clavicule droite jusqu'à l'arcade crurale du même côté, fut arrivé dans ce point, il rencontra un corps tellement résistant qu'il ne put pénétrer dans la cavité abdominale. Ce corps, incisé suivant son épaisseur, parut composé, dans sa partie la plus interne, de ganglions lymphatiques rosés, entourés d'abord de tissu cellulaire induré et d'un blanc mat, et plus en dehors de tissu adipeux, dont la consistance allait en décroissant de l'intérieur à l'extérieur. Cette tumeur était placée immédiatement sur la veine crurale, qu'elle comprimait fortement. Cette altération pathologique ne rendait compte que de l'œdème du membre inférieur droit. Mais bientôt de nouvelles recherches nous firent découvrir trois ganglions lombaires, situés entre l'aorte et la veine cave inférieure, dans un état de gonflement et d'induration bien remarquable. L'un d'eux, au niveau de l'avant-dernière vertèbre dorsale, ayant le volume d'une noix, comprimait tellement la veine cave inférieure, que dans ce point elle admettait à peine une sonde cannelée. Toutes les veines situées inférieurement, mais surtout les veines crurales offraient un grand nombre de distensions variqueuses, et étaient gorgées d'un sang noir et coagulé. La membrane interne de ces vaisseaux n'a pas paru altérée. (La pièce anatomique mise d'abord sous les yeux des membres de la Société, a été ensuite adressée à M. Bouillaud qui la conserve.)

Le ventricule gauche du cœur n'offrait qu'une hypertrophie bien douteuse. La base seule des valvules aortiques offrait quelques indurations cartilagineuses, un des tendons des faisceaux charnus du ventricule se terminait par une incrustation osseuse, du volume d'un pois, laquelle était placée au-dessous d'une des valvules sygmoïdes.

Les membranes cérébrales offraient une rougeur assez intense. il n'existait pas plus de deux cuillerées de sérosité dans les cavités de l'encéphale.

Les autres organes n'ont rien présenté de remarquable.

M. Prus dit, en finissant, que cette observation lui paraît digne d'attention, d'abord, parce qu'elle confirme la doctrine indiquée sur l'étiologie de la plupart des hydropisies, ensuite parce que l'examen des ganglions lombaires dégénérés, tend à faire penser que c'est avec raison que MM. Brodie

et Serre de Montpellier, ont vu dans certaines altérations des ganglions lombaires, la cause première de plusieurs maladies vertébrales.

M. *Sanson* ne croit pas que la maladie d'un ganglion extérieur aux vertèbres puisse déterminer la carie de celles-ci. Il faut que l'altération existe dans un ganglion intérieur, tel que ceux qu'on trouve dans le canal médullaire. Il rappelle, à ce sujet, un cas dont il a récemment entretenu l'Académie de médecine. M. Dupuytren n'avait pas cru devoir opérer une femme de 40 ans, qui portait un cancer énorme des deux seins. Cette femme sortit de l'Hôtel-Dieu pour y rentrer bientôt après, plus malade encore. La malade se fractura une cuisse en se tournant dans son lit. L'élève interne détermina une fracture de l'autre côté en soulevant le membre. Des tubercules cancéreux existaient dans toutes les vertèbres, dans les fémurs, et jusque dans les os du crâne.

Le secrétaire particulier, PRUS.

Le secrétaire général, FORGET.

BULLETIN

MÉDICAL BELGE.

Journal

DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE,

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES;

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION

DE M. LE DOCTEUR J.-R. MARINUS.

N° 5. — MAI 1834.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1834.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

N° 5. — MAI 1834.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

SUR L'OPHTHALMIE QUI RÈGNE DANS L'ARMÉE BELGE (1).

On n'a pas oublié les discussions animées qui eurent lieu naguère sous le gouvernement déchu, entre quelques médecins belges, à l'occasion de l'ophthalmie, qui depuis 1814, époque de la formation de la ci-devant armée des Pays-Bas, exerce ses cruels ravages avec une sorte de prédilection parmi les classes inférieures de l'ordre militaire.

Les recherches qui furent entreprises sur l'étiologie de cette maladie, connue sous le nom d'*ophthalmie de l'armée* ou d'*ophthalmie contagieuse* n'atteignirent malheureusement pas le but qu'on s'était proposé; chacun croyait avoir tranché le nœud gordien et refusait de faire la plus petite concession en faveur d'une opinion contraire à celle qu'il avait embrassée ; tout en applaudissant au zèle déployé dans ces sortes d'investigations, l'homme impartial ne pouvait voir sans un bien vif regret la polémique acerbe présider à l'examen d'une question de si haute importance. Il en résulta, comme il arrive toujours dans les questions qui paraissent enveloppées d'un voile impénétrable, que l'on finit par ne plus s'entendre et la discussion parut interminable.

Aujourd'hui que l'ophthalmie continue de sévir avec la même intensité dans l'armée belge, la question paraît être ramenée sur le même terrain. Les mêmes opinions sont reproduites de part et d'autre, et on ne sait à laquelle s'arrêter. Dans cet état d'incertitude, le gouvernement a pris le sage parti d'instituer une commission de recherches sur l'ophthalmie, choisie parmi des médecins civils et militaires, qu'il a chargée de proposer les moyens propres à extirper le fléau. Nous nous proposons d'examiner le travail de cette commission qui vient d'être publié avec un mémoire du docteur Jungken de Berlin, venu exprès en Belgique pour donner ses avis sur les moyens à mettre en usage, ainsi qu'un rapport de M. Vleminckx adressé à M. le ministre directeur de la guerre, sur le même sujet. Mais avant d'aborder cet examen nous avons jugé qu'il serait convenable de jeter un regard en arrière sur l'état de la question antérieurement à la révolution de 1830, et de rappeler succinctement les diverses opinions émises à cette époque sur la cause de l'ophthalmie, qui, comme toutes les maladies contagieuses et épidémiques, a donné et donne encore lieu à tant de controverses. En rassemblant ces opinions et les comparant à celles émises aujourd'hui, nous pourrons établir de curieux rapprochemens, il nous sera facile de voir si la science a gagné quelque chose aux discussions qui ont été soulevées, et nous pourrons apprécier le degré d'utilité des mesures qu'on se propose de mettre bientôt en usage.

(1) Notre impartialité nous fera un devoir d'accueillir dans ce journal toute espèce de travail qui aurait pour but d'éclairer la question de l'ophthalmie.

On peut rapporter à six chefs principaux les causes qui ont été tour-à-tour signalées comme productrices de l'ophthalmie et servant à la propager ; savoir :

1° Le blanc ou la craie qui sert à blanchir les effets militaires;

2° La nourriture du soldat et l'abus des spiritueux ;

3° La coupe trop fréquente des cheveux et la suppression de la transpiration ;

4° Le mode de traitement adopté dans l'armée pour les affections psoriques, et le virus syphilitique dégénéré;

5° La compression du cou et du front par l'habillement militaire ;

6° La contagion et l'encombrement des casernes.

1° *Blanc.*— Quelques médecins ont cru trouver la cause de l'ophthalmie dans la poussière produite par le blanc ou la craie dont se servent les militaires pour nettoyer leurs effets. Mais il a été démontré que cette circonstance n'a aucune influence sur le développement de la maladie. On a fait la remarque que les régimens habillés de blanc, comme l'infanterie autrichienne par exemple, et qui consomment par conséquent une très-grande quantité de sous-carbonate de chaux ne sont pas plus exposés à contracter les phlegmasies oculaires que les autres, ou en sont tout-à-fait exempts.

2° *Nourriture du soldat et abus des spiritueux.* — On peut en dire autant de ces causes que de la précédente. Des expériences faites sous le gouvernement précédent ont prouvé que ni les pommes de terre, ni le pain qui servent à la nourriture du soldat, ne contribuent en aucune manière à la production de l'ophthalmie. Il en est de même de l'abus des spiritueux, puisque parmi les hommes affectés de cette maladie, on a observé qu'elle épargnait davantage les buveurs de profession que les jeunes conscrits qui ne se livrent pas à des excès, mais sont peu habitués encore à l'action des causes qui la produisent.

3° *Coupe trop fréquente des cheveux et suppression de la transpiration.* — L'opinion qui attribue l'inflammation oculaire à la suppression de la transpiration cutanée qui résulte de la coupe trop fréquente des cheveux ; des intempéries de l'air et des saisons, etc., auxquelles les militaires sont plus exposés que les autres, et fait envisager la maladie comme étant de nature catarrhale, n'est pas mieux fondée. Ces causes, qui existent partout, devraient également agir sur les troupes des autres nations et produire les mêmes résultats.

4° *Mode de traitement adopté pour les affections psoriques; fumigations guytoniennes; virus syphilitique dégénéré.* — Ce que l'on a dit du traitement adopté pour la guérison de la gale et des fumigations guytoniennes auxquels quelques officiers de santé ont attribué la cause de l'ophthalmie, repose sur un trop petit nombre de faits pour que l'on ait cru devoir s'attacher à réfuter sérieusement cette opinion. Le simple bon sens en a fait prompte justice.

Ce que nous disons ici s'applique également à la prétendue cause que l'on a voulu rapporter au *virus syphilitique dégénéré.* Les visites fréquentes auxquelles sont astreints les militaires ne permettent pas de laisser séjourner les vénériens dans les casernes et l'on n'a pas remarqué que l'ophthalmie était plus fréquente chez ceux qui avaient éprouvé des atteintes de la syphilis que chez les autres.

5° *Compression du cou et du front par l'habillement militaire.* — Les médecins qui ont admis cette opinion soutiennent que l'ophthalmie tire sa source 1° de la compression du cou par l'ensemble des enveloppes de cette partie du corps (le col dur et le collet agrafé de l'habit et des vestes à manches de l'uniforme des troupes hollandaises), et 2° de la compression du front par le shakot dur et pesant, exerçant une constriction circulaire sur la tête ; d'où il résulte que le retour du sang par les veines jugulaires étant gêné, une congestion sanguine s'établit dans les vaisseaux capillaires de la conjonctive et prédispose cette membrane à contracter l'inflammation par la moindre cause irritante.

M. Vansevendonck qui, le premier, signala publiquement cette opinion (1) s'exprime de la manière suivante :

(1) Specimen politico-medicum, Lov. 1823.

« Le shakot dur et entouré d'un cercle de cuivre (1), qui l'empêche de se modeler sur la « forme de la tête, exerce sur le front une compression qui favorise également la congestion « de l'organe de la vue. Cet organe se trouve donc, chez le soldat, dans un état de prédis- « position à l'inflammation, qui peut être déterminée par la plus légère cause occasionnelle « qui vient à agir sur lui.

» A ce premier état pathologique, s'en joint bientôt un autre, qui consiste dans un défaut, « pour ainsi dire, de contractilité de cette même enveloppe de l'œil, produite par la violente « distension que les vaisseaux ont si violemment éprouvée par une congestion réitérée. De là « vient l'extrême tendance qu'a l'ophthalmie de passer du *taraxis* au *chemosis ;* de là, en un « mot, toute la malignité, ou pour mieux dire, la virulence de cette maladie. »

Le défaut de tonicité qui, d'après la théorie de M. Vansevendonck devient un des élémens de la phlegmasie, ne donne cependant jamais lieu par lui-même aux inflammations dans les maladies essentiellement caractérisées par cette dilatation vasculaire accompagnée de perte de ton, c'est-à-dire, dans les affections variqueuses. Sur cent femmes qui ont fait beaucoup d'enfans, quatre-vingt dix-neuf portent des varices aux extrémités inférieures, sans en éprouver d'autre difficulté que de la lourdise et de la gêne dans les mouvemens, il est sans exemple qu'une phlébite en ait jamais été la suite (Fallot et Varlez).

Reproduite cusuite par MM. Seutin (2), Decourtray (3) et quelques autres médecins militaires, la compression par l'habillement du soldat, a été soutenue avec une sorte d'obstination par M. le docteur Vleminckx, dans différens articles insérés dans la *Bibliothèque médicale*, et dans une brochure qui lui est commune avec M. le docteur Van Mons (4). Il répéta a satiété avec son ami M. le docteur Vansevendonck, alors médecin militaire, QU'IL FERAIT DISPARAÎTRE L'OPHTHALMIE QUAND ON LE VOUDRAIT. Il ne s'agissait pour cela que de changer la tenue des troupes.

Cependant, cette opinion, défendue avec plus de zèle que de bonheur, a été réfutée par d'autres médecins qui ne virent dans la compression qu'une cause accessoire qui pouvait sous l'empire d'une cause spéciale dominante favoriser le développement de l'ophthalmie. Et, en effet, les expériences qui furent tentées en 1826, dans toutes les garnisons où l'inflammation oculaire se montrait avec intensité, démontrèrent à l'évidence le peu d'influence qu'elle pouvait avoir à elle seule dans la production de cette maladie. Les recrues de cette année ne furent soumises à aucune des causes signalées par les *compressionistes :* le col était souple et sans cuir, le collet de l'habit et des vestes à manches était ouvert, l'agrafe inférieure seule restant fermée, et au lieu du shakot, la tête était couverte d'un bonnet de police. En vain a-t-on dit que ces expériences étaient incomplètes, que le vice résidant dans l'habillement, les mêmes causes subsistaient chez les individus qui y étaient soumis ; en vain direz-vous aujourd'hui que ces causes sont à peu près les mêmes pour l'armée belge dont la coupe de l'uniforme est anti-hygiénique; que l'inflammation oculaire qui attaqua les militaires ne diffère pas de sa nature avec une inflammation ordinaire, vos raisonnemens ne pourront nous convaincre.

D'abord le tableau officiel des ophthalmistes de l'armée des Pays-Bas, pendant l'année 1826, publié dans le mémoire de MM. Fallot et Varlez (5), répond victorieusement à la première de ces objections. Il résulte de ce tableau qu'il y avait à cette époque, sous le gouvernement déchu, 60 garnisons : six seulement (*Arnheim, Bruxelles, Gand, Liége, Mons* et *Nimègue*) furent soumises aux expériences.

La force de ces garnisons réunies était de 8287 hommes et le nombre des ophthalmistes traités de 2402. Les 54 autres garnisons, où aucun changement ne fut fait à la tenue étaient fortes de 35,714 hommes qui donnèrent 1757 ophthalmistes. Or donc, ce sont précisément les garnisons soumises aux expériences qui fournirent le plus d'ophthalmies.

(1) On sait que le shakot de l'infanterie hollandaise était entouré d'un diadème en cuivre, que l'on supprima ensuite sur les instantes réclamations des *compressionistes*.

(2) Considérations sur l'ophthalmie de l'armée des Pays-Bas. Brux. 1824.

(3) Coup-d'œil sur l'ophthalmie régnante dans l'armée des Pays-Bas. Gand, 1827.

(4) Essai sur l'ophthalmie de l'armée des Pays-Bas. Brux. 1825.

(5) Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans quelques garnisons de l'armée des Pays-Bas, et sur les moyens d'y remédier. Bruxelles, 1829.

De tels résultats, sur l'exactitude desquels nous n'avons pas de raisons de douter, n'ont pas besoin de commentaires.

Cette maladie est pour nous autre chose qu'une ophthalmie ordinaire ; elle revêt un caractère particulier qui lui est propre et qui nous porte à la considérer comme étant de nature spécifique ; et cela est si vrai que la plupart des auteurs qui en ont parlé lui ont reconnu des symptômes identiques avec l'ophthalmie d'Egypte et l'ont confondue sous la même dénomination. Je citerai particulièrement l'article BLENNOPHTHALMIE du *Dictionnaire de médecine*, ou *Répertoire général des sciences médicales*, tome V, dans lequel M. le docteur Laugier a décrit l'ophthalmie de l'armée belge sous le même titre que la Blennophthalmie d'Egypte.

En effet, une inflammation oculaire qui fait quelquefois des progrès tellement rapides qu'elle peut entraîner en 24 heures la destruction de l'organe de la vue, doit recéler quelque chose d'insolite, de spécifique, qui diffère essentiellementde l'ophthalmie sporadique.

Mais n'anticipons point sur une question qui trouvera mieux sa place dans un autre endroit de ce travail, et sans nous attacher à reproduire tout ce qui a été dit contre la compression, exposons l'opinion de la contagion.

6° *Contagion et encombrement.* — Les auteurs qui ont émis l'opinion que l'ophthalmie se communique et se propage par la contagion, d'accord sur le mode de transmission qui a lieu d'un individu malade à un individu sain, par les miasmes délétères qui s'exhalent des yeux affectés, et qui n'ont d'action que dans une sphère très-étroite, ne le sont pas sur l'origine de la maladie.

M. le professeur Kluyskens (1) qui, un des premiers, écrivit sur l'ophthalmie, lui trouvant une grande analogie avec la blennophthalmie d'Egypte croit être fondé dans son opinion en indiquant que ce fléau est originaire d'Egypte, et qu'il a été importé dans notre pays par d'anciens militaires qui avaient fait partie de l'expédition de l'armée d'Orient, lesquels avaient conservé un reste de la maladie, ou par la communication des troupes alliées avec les troupes belges et hollandaises. « De ma connaissance, dit-il, il ne s'était jamais pré-« senté d'ophthalmie spécifique ou contagieuse dans les casernes de Gand avant qu'on for-« mât ici en 1814, le 7e bataillon de ligne. Plusieurs anciens militaires qui constituaient le « noyau de ce bataillon avaient eu dans l'armée française l'inflammation contagieuse des « yeux. Quelques-uns même en étaient encore sensiblement affectés, ce qui eut pour résultat « que l'ophthalmie se communiqua bientôt à un grand nombre de soldats, et que jusqu'au-« jourd'hui cette contagion a constamment accompagné le bataillon, tant dans l'armée que « dans les diverses garnisons qu'il a occupées depuis. »

M. le docteur Groenendaels (2) soutient que l'ophthalmie se transmet par des liquides aériformes qui s'exhalent des yeux, et qui répandus dans l'air atmosphérique et mis en contact avec les vaisseaux absorbans de la conjonctive déterminent la maladie et servent à la propager ; il ne nie pas entièrement l'analogie de l'ophthalmie d'Egypte avec l'ophthalmie de l'armée et se contente de dire qu'il n'existe aucune donnée positive pour décider cette question ; mais plus adroit que le professeur de Gand, il accorde à la compression du col quelque influence sans toutefois la regarder comme la cause principale, puisque tout en proposant les moyens désinfectans il émet le vœu de tenter la réforme du collet.

Dans un second mémoire qu'il publia en 1826 (3), le même médecin s'est attaché à prouver par des faits, la nature contagieuse de l'ophthalmie, s'appuyant en cela des autorités des médecins anglais, prussiens, italiens, etc., qui ont eu occasion de l'observer. « On nous a « fait le reproche, dit-il, d'avoir dit, sans preuve aucune, qu'un irritant ophthalmique avait « été apporté depuis 1815 dans notre armée, ou s'y est développé n'importe de quelle ma-« nière.

» Mais d'un autre côté, où est la preuve que l'ophthalmie dont les Anglais ont été atteints

(1) Dissertation sur l'ophthalmie contagieuse qui règne dans quelques bataillons de l'armée des Pays-Bas. Gand, 1819.

(2) Examen des opinions sur l'ophthalmie des armées.—Anvers, 1825.

(3) Nouvel examen des opinions sur l'ophthalmie des armées. Anvers, 1826.

« vers cette époque, n'ait aucun caractère contagieux? Où est la cause irrécusable que la « constriction du cou est la cause principale de celle qui afflige nos soldats. »

Ces questions sont pressantes et à moins de se jeter dans le dédale de la compression, le cheval de bataille des adversaires de la contagion, il est difficile d'y répondre catégoriquement.

Dans un mémoire que je publiai en 1827 (1) je soutins que la compression n'était pas portée aussi loin qu'on semblait le faire croire, que cependant elle pouvait avoir donné naissance à la maladie chez des individus assez maladroits pour se serrer trop fortement le cou, et, basant mon opinion sur le résultat des expériences dont j'ai parlé plus haut, je n'hésitai pas à partager le sentiment de ceux qui croient à la nature contagieuse de l'ophthalmie. J'avais par devers moi les faits rapportés par des autorités recommandables et des faits particuliers qui m'avaient été communiqués par des personnes dignes de foi et où il s'agit de miliciens sortis de l'hôpital militaire de Bruxelles avec un reste d'ophthalmie et qui, arrivés dans leurs foyers, n'ont pas tardé de la communiquer à tous ou presque tous les membres de leur famille. Ces derniers faits sont trop frappans pour que nous ne les citions pas ici; les voici tels qu'ils nous ont été remis alors par M. Ansroul, docteur en médecine à Bruxelles et qui, à l'époque où ils se sont passés, exerçait la chirurgie à Wavre.

« 1er *cas*. Leroy (Pierre-Joseph), milicien de la commune de Limal, attaché au premier « bataillon, est rentré chez ses parens au mois de mars 1824, sortant, sans être guéri, de « l'hôpital militaire de Bruxelles, où il avait été traité de l'ophthalmie. Martin-Joseph Leroy, « son père, n'avait jamais éprouvé non plus que sa nombreuse famille de maladie d'yeux; il « fut atteint quelques jours après l'arrivée du soldat, d'une violente inflammation de la con- « jonctive, laquelle l'a retenu six mois chez lui sans pouvoir vaquer à ses affaires. Marie- « Thérèse Hautfenne, son épouse, a gagné à peu près avec son mari, la même maladie; « elle n'était pas encore guérie quand j'ai quitté Wavre. Malgré les plus scrupuleuses pré- « cautions prises, Jean-Baptiste, Constant, Charles, Théophile, Lambertine et Marie-Thé- « rèse Leroy, tous frères et sœurs du milicien, et habitant la même maison que lui, ont « également contracté la même affection.

» 2e *cas*. Vandermoose (Charles), milicien de la commune de Limal, attaché au 3e ba- « taillon, était atteint de l'ophthalmie, sortant de l'hôpital militaire de Bruxelles, quand il « retourna chez lui au mois de septembre 1824. Immédiatement après son arrivée, sa sœur « a été attaquée d'une vive inflammation oculaire dont le traitement a été très-long.

» 3e *cas*. Delaby (Jean-Joseph), milicien de Bierges, près de Wavre, est sorti au mois de sep- « tembre 1823, de l'hôpital militaire de Bruxelles, où il avait été traité de l'ophthalmie; à son « retour chez lui, il n'était pas guéri; quelques jours après, Anne-Marie Notte, sa mère, « gagna la même maladie qui lui fit garder la chambre pendant six semaines. André et Ma- « rie-Thérèse Delaby, frère et sœur du milicien, ont aussi été atteints de cette ophthalmie qui « a été très-rebelle, surtout chez la dernière qui a perdu la vue de l'œil gauche par l'épan- « chement d'une lymphe opaque entre les lames de la cornée transparente. Le père et la fille « aînée, qui habitaient la même maison, en ont été préservés.

» 4e *cas*. Delaby (Jean-Lambert), milicien de la commune de Wavre, attaché au 4e ba- « taillon, est revenu en permission chez ses parens au mois d'août 1825, atteint de l'ophthal- « mie. Jean-Baptiste Delaby, son père, jusqu'alors exempt de maladie d'yeux, ainsi que « Marie-Françoise Pelegrin, son épouse, Antoine, Jean-Joseph, Claire, Marie, et Marie- « Thérèse Delaby, tous frères et sœurs du militaire, ont contracté l'ophthalmie.»

Le médecin qui nous a communiqué ces faits en fit l'objet d'un rapport à la commission médicale du Brabant, le 12 décembre 1825.

« Il résulte des observations précédentes, ajoute-t-il, que l'inflammation oculaire connue « sous le nom d'ophthalmie de l'armée des Pays-Bas, peut se communiquer d'un individu « malade à un individu sain, pourvuqu'il soit dans des conditions qui le rendent apte à la « recevoir; elle est donc contagieuse. »

Que l'on adopte ou non (disais-je à l'époque où j'écrivais mon mémoire) l'origine égyptienne de l'ophthalmie, il n'en est pas moins vrai que cette maladie est contagieuse; mais les médecins qui ont écrit sur ce sujet ne sont pas d'accord : les uns admettent que l'inflamma-

(1) Recherches sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée des Pays-Bas; par J. R. Marinus. Bruxelles, 1827.

tion oculaire se communique par un contact *médiat;* tandis que d'autres veulent que la matière purulente qui découle de l'œil malade soit déposée sur l'œil sain, d'où résulte en très-peu de temps son inflammation. Plusieurs médecins anglais, de même que M. de Kirckhoff, croient à cette dernière opinion, et ils attribuent la propagation de cette maladie à l'habitude où l'on est dans les casernes, de se servir des mêmes objets; tels que les essuie-mains, l'eau avec laquelle les soldats se lavent la figure, etc. C'est cette dernière interprétation que les partisans de la compression ont cherché à donner aux faits que nous avons rapportés. Pour nous, voici comment nous nous rendons compte de la manière avec laquelle la maladie se propage.

La matière purulente qui découle des yeux enflammés est délayée par l'air ambiant qui se charge des particules aqueuses de cette matière et les met en contact avec la conjonctive. Mais la sphère de cette action ne s'étend pas loin, et n'a lieu qu'à des distances très-rapprochées, comme quand on partage la même couche, ou au moins la même chambre avec ceux qui sont affectés de l'ophthalmie.

« Ceci explique pourquoi cette maladie ne se transmet pas à tous les bataillons, ou qu'elle « n'affecte même pas les hommes qui appartiennent à d'autres corps qui se trouvent logés « dans la même caserne, mais qui n'ont de communication avec les soldats qui n'appartien- « nent pas à leur corps, qu'en plein air, ou momentanément dans un corps de garde, dans « une tabagie; c'est par la même raison que cette ophthalmie étend difficilement ses ravages « dans les autres classes de la société (1). »

MM. Fallot et Varlez, médecins militaires, dans l'excellent ouvrage *ex professo* qu'ils ont publié (2), partagent à peu près la même opinion; ils accordent néanmoins une grande part à l'air vicié par l'encombrement des casernes, dont ils ont mieux fait ressortir tous les inconvéniens. Ils ne croient pas à l'origine égyptienne de l'ophthalmie, mais ils ne balancent pas à la croire de nature contagieuse. Ils prétendent que les différences que l'on a voulu établir entre les *contagions*, qu'on a divisées en celles qui ont lieu par contact *médiat* et par contact *immédiat*, ont embrouillé la question, et que « toujours et partout, il faut un contact « immédiat non de deux individus à la vérité, mais de l'un d'eux avec le *quid contagiosum* « que l'autre a fourni. L'effet de toute contagion, c'est la production de la maladie; les con- « ditions de la transmission, c'est que le principe contagieux soit suffisamment concentré, « et que le sujet qui en reçoit l'impression soit dans des dispositions favorables pour en res- « sentir l'influence. »

Leur opinion est appuyée sur un grand nombre de faits, empruntés à divers auteurs, d'autres qui leur ont été communiqués. Ils citent entre autres, les observations publiées par le docteur J.-B. Müller, qui atteste que des soldats de l'armée prussienne répandirent l'ophthalmie contagieuse parmi des paysans de la rive gauche du Rhin, où l'on n'avait jamais entendu parler de cette maladie, et le fait suivant qui s'est passé sous les yeux de l'un d'eux et qui, ajouté à ceux que nous connaissons déjà, doit paraître très-concluant.

« Le jeune Sana est remarquable par l'élégance de ses formes et la régularité de ses traits; « faisant partie comme milicien du bataillon d'artillerie à Liége, il est attaqué en 1822 de « l'ophthalmie régnante, mais à un degré très-léger. Après les manœuvres de cette année, il « rentre chez ses parens parfaitement guéri, et aux approches de l'année suivante, il retourne « à Liége pour y acheter des masques dont la vente constituait une des branches du com- « merce de sa mère. Par motif d'économie, il demande à un de ses camarades l'hospitalité à « la caserne où l'ophthalmie existait. Peu de jours après son arrivée à Namur, ses yeux s'en- « flammèrent, et fidèle aux habitudes de ses concitoyens, il consulte quelques vieilles fem- « mes qui lui ordonnent des spécifiques, et ses yeux sont désorganisés en peu de jours. Ce- « pendant sa mère qui lui donnait des soins est attaquée de la même maladie, et quelques « instans suffisent pour lui ravir la vue. De la mère le fléau s'étend à son autre fils qui est « également frappé de cécité. Remarquez que ces personnes ne couchaient pas dans le même « lit, mais occupaient la même chambre. Une jeune demoiselle que des liens d'affection at-

(1) Kluyskens, op. cit. p. 41.
(2) Op. cit.

« tachaient au dernier malade, vint le voir et fut aussi atteinte de ce terrible mal, à l'œil « droit seulement. » (1)

L'exemple de la dysenterie, à laquelle on ne refuse plus aujourd'hui le triste privilége d'être transmissible vient encore à l'appui de cette opinion; et sans attacher de l'importance à la désignation précise de la source de l'ophthalmie, MM. Fallot et Varlez pensent qu'il n'est pas vraisemblable qu'il existe des rapports de causalité entre l'apparition de l'ophthalmie dans l'armée et le mélange en 1814 des troupes belges avec les troupes prussiennes, parmi lesquelles cette maladie régnait et qui l'auront communiquée aux nôtres.

Mais la contagion n'est grande que par l'effet d'une autre cause, *l'encombrement et la concentration des hommes dans des locaux étroits et peu aérés.* Les miasmes ophthalmiques acquièrent alors plus de force, et c'est particulièrement pendant le sommeil que la contagion exerce son action, parce qu'alors l'absorption étant plus active, les miasmes sont aspirés avec plus d'activité par l'économie. Voilà, disent ces médecins, pourquoi c'est en se levant que les soldats éprouvent le plus les premiers symptômes de l'inflammation, tels que la chaleur, des picottemens aux yeux, etc. On devrait, ajoutent-ils, remarquer tout le contraire, si la compression des habits ou l'équipement en étaient la cause.

Partant de ces idées sur la contagion dont le principe d'activité est entretenu par l'encombrement, ils proposent les moyens prophylactiques suivans : faire camper les régimens infectés jusqu'à ce que toute trace de maladie ait disparu, et que les tentes soient assez vastes pour que les hommes ne soient pas encombrés; assainir pendant ce temps les casernes et les fournitures; élever les plafonds des chambres basses et favoriser la circulation de l'air; ouvrir les fenêtres de grand matin; espacer les lits convenablement afin d'empêcher la viciation de l'air; permettre aux militaires de relâcher leurs cols quand ils sont de garde, etc.

Tel est l'exposé rapide des recherches qui ont été faites sur l'intéressante question qui nous occupe; deux opinions principales dominent dans cette discussion : la contagion et la compression par l'habillement militaire. Elles n'ont, l'une et l'autre, jusqu'à présent, donné une solution complète, positive de la question en litige. Cependant si l'on s'en rapporte à l'expérience, et mettant de côté toute animosité et l'esprit de parti qui porte à défendre avec obstination une opinion qu'on a une fois embrassée, il paraîtrait demontré que la compression ne joue qu'un rôle bien secondaire dans la production de l'ophthalmie; et, comme le dit sagement l'auteur de l'article *Blennophthalmie* du *Dict. de méd.* : « la contagion, favorisée par « l'encombrement des casernes a répondu seule positivement aux recherches faites sur « l'étiologie de cette maladie (2). »

Mais poursuivons la tâche que nous nous sommes imposée, et voyons ce que la question a gagné depuis les travaux dont nous avons présenté l'analyse. Depuis la révolution belge aucun écrit n'avait été publié sur cette matière, et l'on avait lieu de s'étonner que M. Vleminckx, aujourd'hui à la tête du service de santé de l'armée, si prodigue et si prompt à accuser l'incurie du gouvernement précédent, alors qu'il n'était que simple médecin, ne cherchât pas au moins à justifier sa conduite en cette circonstance et à nous expliquer la cause de la persistance de l'ophthalmie qui n'a pas cessé d'exercer ses funestes effets dans notre jeune armée; il a fallu que des plaintes rétentissent dans le sein de la représentation nationale pour qu'on s'occupât enfin sérieusement de chercher les moyens de mettre un terme à ce triste fléau : les résultats de ces recherches viennent d'être livrés à la publicité et ce sont ces nouveaux travaux qu'il nous reste à examiner. Le premier en date est intitulé : *Rapport à M. le ministre directeur de la guerre, baron Evain, sur l'ophthalmie de l'armée, précédé de quelques considérations générales sur l'étiologie de cette affection*, par J.-F. Vleminckx, *docteur en médecine*, etc.

Qu'on ne s'attende pas à trouver dans cet écrit des idées nouvelles sur le fléau qui afflige l'armée; M. Vleminckx y professe les mêmes opinions qu'il défendait naguère avec son ami M. le docteur Vansevendonck. Seulement nous avons remarqué une sensible différence dans le style, et sous ce rapport, son travail y a gagné; l'auteur développe ses opinions avec moins de prétention et sous une forme plus polie.

(1) Page 97.
(2) Dict. de méd. Tom. V, p. 339.

« C'est, dit-il, pour convaincre à la fois le gouvernement et le public, que l'ophthalmie de nos troupes ne doit son origine qu'à des causes physiques, appréciables, dont la destruction complète peut être opérée sans difficulté, qu'il s'est décidé à rompre le silence. » M. Vleminckx a senti la responsabilité qui pesait sur lui : n'étions-nous pas en droit de l'accuser d'une coupable négligence pour n'avoir, dès le principe, cherché à faire disparaître les vices qu'il reproche à l'uniforme? La position qu'il occupe dans l'armée le mettait à même d'opérer depuis long-temps cette réforme. Mais M. Vleminckx a prévu l'objection et il y répond d'avance : « Je n'ai jamais cessé, dit-il, d'insister pour que les vêtemens de nos soldats « fussent confectionnés d'après les lois de l'hygiène; malheureusement on a pensé, contre mon « avis, qu'il suffirait pour détruire la compression du cou et de la tête, que les collets des « habits et des vestes à manches fussent coupés en V et que le shakot reçut une forme nou- « velle. »

Conçoit-on un pareil désaccord entre un chef du service de santé et l'autorité militaire qui ne tient pas compte de ses avis? De deux choses l'une, ou il y a eu obstination de la part du gouvernement, ou la compression du cou et de la tête par le vêtement militaire, beaucoup trop exagérée, a été considérée comme une chimère.

Nous ferons observer à M. Vleminckx que, quant à ce qu'il dit de ce changement dans la forme du collet, qui n'a que faiblement remédié à la compression, il nous paraît être ici en contradiction avec ce qu'il a avancé ailleurs : dans le tableau des divers habillemens et armemens des troupes des Pays-Bas, placé à la fin de son *Essai sur l'ophthalmie*, il a avancé que les corps de troupes dont le collet était coupé en V étaient peu ou point du tout atteints de l'ophthalmie.

Mais passons, et venons en aux raisons alléguées par M. Vleminckx pour démontrer son opinion.

L'armée française est exempte de l'ophthalmie qui règne dans la nôtre. Ce fait aurait dû, suivant M. Vleminckx, conduire à la découverte des causes qui produisent et entretiennent ce fléau parmi nous. Ces causes, il les trouve dans les différences hygiéniques qui existent entre ces troupes et les nôtres. On devine sans peine que c'est de la compression du cou et du front produite par la tenue vicieuse du soldat belge, qu'il est ici question. M. Vleminckx s'est assuré que les cols, les collets des vestes à manches et des habits, et le shakot de l'infanterie française ne compriment point les parties sur lesquelles ils sont appliqués, et ne gênent nullement la circulation du sang, ce dont il a pu se convaincre en les essayant sur nos soldats, qui s'y trouvent parfaitement à l'aise ; tandis que chez nous, la coupe vicieuse des collets, des épaulières et de l'encolure des habits et des vestes à manches, qui viennent se fermer au-dessous de la pomme d'Adam, jointe au col dur et élevé qui fait partie de l'uniforme, et au shakot dont la circonférence est trop étroite et son rebord de cuir dur, ainsi que la visière qui y est attachée, ce que l'empêche encore davantage de se prêter à la forme de la tête, exercent une compression permanente sur le cou et la tête. C'est donc l'ensemble de ces causes antihygiéniques qui constitue la seule et véritable cause de l'ophthalmie. Et pour prouver la justesse de cette assertion, il rapporte les faits suivans qui, dit-il, n'ont encore été consignés nulle part :

« C'est vers la fin de 1815, et plus spécialement dans le courant de 1816, que l'ophthal- « mic a éclaté dans l'armée du ci-devant royaume des Pays-Bas.

« Les provinces unies des Pays-Bas ayant recouvré leur indépendance en 1813, assemblè- « rent aussitôt une force armée imposante, composée de volontaires indigènes et étrangers et « de miliciens nationaux, pour la défense de leur patrie renaissante.

« La Belgique, violemment séparée de l'empire Français en 1814, n'obtint pas, pour son « malheur, d'être constituée en état indépendant, mais dut obéir à un gouvernement « provisoire qui y recruta toute une légion de mercenaires, pour le service des puissances « alliées.

« L'on sait que l'année suivante elle fut livrée à la Hollande.

« Le prince d'Orange-Nassau, nommé par le congrès de Vienne, chef de ces deux con- « trées, sous le titre de roi des Pays-Bas, procéda immédiatement à la réorganisation de « l'armée, qu'il rendit en quelque sorte nationale, par la fusion de ses élémens primitifs.

« C'est de cette époque que date l'invasion de l'ophthalmie, dite militaire, dans notre pays

« Elle éclata d'abord parmi les miliciens belges recrutés en 1815, *dès qu'ils furent revêtus « de la tenue militaire*, tandis que les bataillons de ligne et de milice, fournis par le nord et « le midi, lorsque les troupes alliées étaient répandues sur une grande surface du royaume, « n'en furent affectés qu'à leur retour de France, et au fur et à mesure que leur première « tenue fut changée contre une tenue nouvelle, dont le modèle d'origine étrangère, avait été « adopté quelque temps auparavant, le changement d'uniforme ne fut complétement terminé « que vers la fin de 1817, époque à laquelle la presque totalité de l'armée (de l'infanterie « surtout), était en proie à la maladie. »

M. Vleminckx répond à l'une des objections faites à la compression comme cause de l'inflammation oculaire, objection qui, d'après son propre aveu, « est de nature à exercer une certaine impression sur quelques esprits. » La voici :

« La compression du cou et de la tête, a-t-on dit, s'il était vrai qu'elle existât, donnerait lieu à des épistaxis, à des hémorrhagies cérébrales, à des vertiges, à des encéphalites, à des apoplexies, et non à des ophthalmies. »

Il avoue que ces accidens sont loin d'être rares parmi nos soldats, mais il n'en soutient pas moins que l'ophthalmie est due à la compression, et pour preuve il ajoute : 1° que cette compression n'est pas seulement nuisible aux hommes, mais que les animaux employés aux traits sans collier (les chiens), d'autres avec le collier (les chevaux) sont très-sujets à l'ophthalmie, qui entraîne souvent chez eux la perte de la vue. 2° Qu'aucun des volontaires de notre révolution n'a été atteint d'ophthalmie, quoiqu'ils aient cependant été exposés aux causes les plus propres à la produire. Les Français n'en ont pas plus souffert, lors du siége d'Anvers, malgré le temps le plus détestable et les fatigues continuelles. 3° L'infanterie est plus fréquemment atteinte d'ophthalmie que les autres armes, à cause que les fantassins demeurent en tenue toute la journée, pendant les exercices, les manœuvres, les gardes, et parce qu'ils portent un havresac qui, en retirant les épaules en arrière, fait remonter la partie antérieure du collet et augmente ainsi la compression du cou; tandis que les cavaliers, les artilleurs, les mineurs, employés une partie de la journée aux travaux propres à leurs armes, se dépouillent alors d'une partie de leurs vêtemens, montent moins souvent la garde, portent, les uns rarement, les autres pas du tout, leur havresac, et éteignent ainsi en grande partie la prédisposition. 4° Que les corps qui sont le plus épargnés sont ceux dont les uniformes pêchent le moins par leur étroitesse. 5° Que la maladie règne moins dans les cantonnemens que dans les camps ou les casernes; par la raison, que dans la première de ces circonstances, le soldat n'est que momentanément en tenue pour les appels, et que hors ce temps il se met à son aise en se débarrassant de la partie de ses vêtemens qui le gêne.

M. Vleminckx ne s'est pas borné à chercher d'établir son système sur la compression par les faits que nous venons de faire connaître rapidement; il s'est aussi attaché à réfuter l'opinion des médecins qui attribuent la production de l'ophthalmie à un agent spécifique ou contagieux. Il reproduit ici les mêmes argumens à l'aide desquels il a, dans d'autres temps, essayé de combattre les adversaires de son opinion; quoique présentés sous des formes très-séduisantes, nous doutons fort qu'il parvienne à convaincre les esprits qui n'adoptent une opinion qu'après l'avoir soumise à un sévère examen. En voici le résumé :

1° L'inflammation oculaire qui règne dans notre armée n'est point une inflammation spécifique : elle présente toujours des phénomènes identiques, et, comme toute phlogose de l'œil en général, elle offre plusieurs variétés. Donc, on ne peut pas la distinguer, comme l'ont fait les contagionistes, en *ophthalmie simple* ou *sparodique*, pouvant atteindre toutes les classes de la société, et en *ophthalmie spécifique et contagieuse*, uniquement propre aux soldats et caractérisée par la purulence. Il n'existe qu'une seule et même ophthalmie, présentant divers degrés suivant l'intensité des causes qui lui donnent naissance; sur cent individus attaqués de la maladie, huit ou dix tout au plus parviennent au degré de purulence.

2° La terminaison assez fréquente de l'ophthalmie purulente par la cécité ne doit pas la faire considérer comme spécifique; car celle qui n'est pas accompagnée de purulence donne aussi quelquefois lieu à cet accident fâcheux, ce qui doit être attribué à l'état congestif plus ou moins ancien de l'organe qu'elle envahit.

3° La longue durée de l'ophthalmie ne peut pas être regardée comme un nouveau motif

d'admettre sa spécificité, attendu que cette maladie n'atteint que nos soldats et ne se propage pas dans les autres classes de la société. C'est donc dans des causes qui leur sont particulières qu'il faut en rechercher l'origine.

4° La propriété que possède l'ophthalmie de se transmettre dans certaines circonstances par contagion n'est pas plus propre à établir sa nature particulière; car, de l'aveu même de la plupart des partisans de la contagion, la maladie n'est contagieuse que lorsqu'elle est parvenue au degré de purulence, et seulement par l'application directe du pus d'un œil malade sur un œil sain. Ce mode de transmission doit être très-rare, puisque les soldats sont envoyés à l'hôpital bien avant que l'ophthalmie soit devenue purulente. Au surplus, il n'est pas particulier à la muqueuse oculaire, toute autre membrane muqueuse qui est le siége d'une inflammation purulente pouvant se communiquer par le contact de la matière morbide sur des parties saines.

5° Les femmes, les enfans des soldats, les officiers de santé, ne contractent point la maladie, bien qu'ils habitent ou fréquentent les casernes. En outre, des médecins militaires rapportent avoir traité dans les mêmes salles des soldats atteints d'ophthalmie, et d'autres qui ne l'étaient pas, sans que ceux-ci aient contracté cette affection.

6° L'ophthalmie de l'armée n'est point due à un principe délétère apporté d'Egypte, ou qui nous aurait été transmis par les armées prussienne ou anglaise. Les médecins qui firent la campagne d'Egypte reconnurent que l'ophthalmie qui règne dans ces contrées, devait son origine à un grand nombre de causes locales auxquelles aucune classe de la société n'est soustraite; les Français, à leur retour d'Orient, ne communiquèrent point cette maladie, qui s'éteignit au contraire chez la plupart, par la seule influence du sol natal. D'un autre côté, les armées prussienne et anglaise, durant leur séjour chez nous n'ont pu communiquer l'ophthalmie, attendu qu'elle ne s'est pas montrée à cette époque dans notre armée, mais plus tard, à son retour de France. Les armées prussienne et anglaise ne communiquèrent point la maladie aux Français, malgré qu'elles firent cependant chez eux un séjour de quatre années.

7° Les maladies réellement contagieuses ne se bornent pas comme l'ophthalmie à une seule classe de la société; elles attaquent indistinctement toute espèce d'individus.

Telle est l'analyse concise du rapport de M. Vleminckx; les faits qui sont accumulés dans ce travail pour faire triompher le système de la compression, bien qu'ils se prêtent admirablement aux raisonnemens de l'auteur, n'en sont pas moins susceptibles d'être interprétés d'une autre manière en faveur de la contagion. C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Nous avons déjà vu plus haut, par les extraits que nous avons donnés des ouvrages de MM. Kluyskens, Groenendaels, Fallot et Varlez, comment ces médecins expliquent l'apparition de l'ophthalmie parmi nos troupes à l'aide d'un agent contagieux qui aurait été importé par les armées françaises à leur retour d'Egypte, ou par les armées prussienne et anglaise lors de leur séjour dans notre pays, et leur opinion présente au moins autant de probabilité que celle qui fait dépendre l'inflammation oculaire de l'introduction de la tenue hollandaise en 1815. En Egypte, déjà connue du temps d'Hérodote comme une contrée favorable au développement des maladies des yeux, où elle est endémique et où des causes multipliées expliquent comment l'ophthalmie peut naître, on conçoit que l'on n'ait pas songé d'avoir recours à la contagion pour se rendre compte du grand nombre de personnes qui en sont affectées. Mais la coïncidence remarquable du développement de cette maladie en Europe au retour des troupes qui en avaient été affectées en Afrique; son extrême intensité toutes les fois qu'elle règne sur des hommes réunis en masse, et sa cessation ou son peu de fréquence lorsque ces hommes se sont séparés, ne sont-ce pas là autant de circonstances qui autorisent à l'envisager comme contagieuse? Aussi n'est-ce qu'à leur retour d'Egypte que les médecins anglais ont songé à admettre cette opinion.

Quant au fait cité des soldats français qui ne communiquèrent point la maladie à leur retour dans leur pays, cette particularité tient peut-être à des circonstances qu'il ne nous est pas donné d'apprécier, comme il en est d'une foule de phénomènes qui se présentent dans les maladies contagieuses et épidémiques. Ne peut-on pas dire aussi que les marches forcées auxquelles furent assujetties les troupes françaises, qui n'étaient que rarement casernées, contribuèrent à faire disparaître parmi elles ce triste fléau? Qu'importe, au reste, que cette

maladie nous soit venue d'Egypte ou qu'elle se soit développée parmi nous? L'essentiel est de connaître comment elle se transmet et se propage. « Puisqu'elle ne peut avoir existé de toute éternité, il a fallu qu'elle naquît une première fois, et ce même concours de circonstances auxquelles on a dû sa première apparition, peut se rencontrer encore, de façon à former une maladie contagieuse de toutes pièces et sur les lieux (1). »

Les preuves alléguées par M. Vleminckx en faveur de la compression du cou et de la tête ont été plus d'une fois réfutées et nous ne pensons pas qu'il soit besoin de revenir sur ce point. Nous avouons cependant que la comparaison qu'il fait de l'uniforme de l'infanterie française et de celui des troupes belges est tout à l'avantage du premier, qui est plus conforme aux lois de l'hygiène; et, comme nous l'avons déjà dit dans une autre circonstance, nous désirons vivement que le gouvernement ordonne les changemens nécessaires pour que le soldat soit à l'aise dans sa tenue.

L'exemple tiré des animaux employés aux traits ne nous paraît pas ici d'une application directe et ne mérite guère de fixer l'attention. D'autre part, si les volontaires de la révolution ont été exempts de l'ophthalmie, on peut l'attribuer à leur vie active, à ce qu'ils étaient ordinairement cantonnés et ne marchaient pas en aussi grand nombre que les troupes réglées, étaient rarement casernés, et ne portaient pas avec eux l'agent délétère propre à engendrer la maladie. On peut en dire presque autant des soldats français au siége d'Anvers : ils ne furent point en contact avec nos troupes, ils étaient logés dans les cantonnemens, continuellement au grand air et dans un état d'activité presque continuelle, circonstances auxquelles ils ont probablement dû d'en être préservés.

Dire que l'ophthalmie qui règne dans l'armée ne diffère pas d'une conjonctivite ordinaire, c'est, nous semble-t-il, se refuser à l'évidence. Autant vaudrait dire que dans toutes les phlegmasies, il n'existe qu'une seule et même forme d'inflammation, que les inflammations syphilitiques, dartreuses, goutteuses, etc., par exemple, sont en tout semblables, pour leur nature, à une simple inflammation produite par une cause externe. Et pour ne parler que de l'ophthalmie, il faudrait rayer alors du cadre nosologique ces diverses espèces d'ophthalmies qu'on a distinguées en *scrofuleuses*, *dartreuses*, *syphilitiques*, *épidémiques*.

M. Vleminckx ne nie point que l'ophthalmie puisse se transmettre par l'application du pus d'un œil malade sur un œil sain, mais il ajoute que ce mode de propagation est très-rare, parce que les soldats sont envoyés à l'hôpital avant que la maladie ne soit parvenue au degré de purulence. Certes, s'il fallait ici nier la contagion, il faudrait aussi nier celle de la syphilis, de la peste même, etc. Nous croyons que ce n'est pas seulement l'ophthalmie parvenue au degré de purulence, qui, à la vérité doit être fort rare dans les casernes, qui contribue à la propagation de l'ophthalmie, mais bien davantage ces hommes qui, après avoir été déjà atteints de l'inflammation oculaire, conservent une irritation chronique de la conjonctive palpébrale, qui est engorgée, granulée (M. Vleminckx avoue lui-même que ces hommes sont en très-grand nombre dans l'armée), et sécrète un fluide muqueux plus ou moins abondant qui colle les bords des paupières, fluide, dont les particules répandues dans l'air des chambres où les militaires sont rassemblés, surtout pendant la nuit, constituent l'agent ophthalmique.

C'est donc par infection, ou en d'autres termes, par l'impression des miasmes élevés des yeux malades que l'ophthalmie se propage dans les régimens entassés dans les casernes peu aérées, ou au milieu d'équipages de marine loin de terre. Nous ne citerons qu'un exemple : « Un navire, le *Rôdeur*, du Hâvre, parti d'Europe le 24 février 1819, pour la traite des Noirs, arriva sur la côte d'Afrique le 14 mars. Il avait à bord 22 hommes d'équipage et 160 nègres. Il partit sans avoir de malades; mais, parvenu près de la ligne, l'ophthalmie purulente se manifesta parmi les nègres entassés à fond de cale ; tous les nègres et l'équipage, sauf un matelot, furent pris par la maladie. » Nous avons rapporté d'autres faits qui prouvent que des militaires atteints d'ophthalmie de retour dans leurs foyers, n'ont pas manqué de la communiquer à leur famille; nous pourrions, s'il en était besoin, en citer une foule d'autres tout

(1) Fallot et Varlez, ouv. cité, p. 113.

à fait semblables qui nous ont été communiqués et qui ne laissent aucun doute sur le caractère contagieux de la maladie.

Nous avons expliqué ailleurs pourquoi les femmes et les enfans des soldats qui n'habitent pas des chambres encombrées, sont exempts de l'ophthalmie. Nous avons répondu aussi à l'objection que l'on nous faisait, que personne plus que les médecins militaires n'étaient exposés à contracter la maladie, s'il était vrai qu'elle fût contagieuse. N'observe-t-on pas, avons-nous dit, que dans presque toutes les maladies contagieuses et épidémiques, le médecin est presque toujours respecté? Le contact habituel avec toute espèce de miasmes, le rend certainement inaccessible à bien des maux. Nous en avons eu la preuve la plus éclatante lors de l'épidémie du choléra-morbus, qui n'a atteint que très-peu de médecins, proportion gardée avec les autres professions. D'ailleurs, les médecins, de même que les officiers, ne sont pas continuellement en rapport avec les soldats, leur séjour dans les hôpitaux et les casernes, n'est que de quelques heures par jour, et ils sont souvent au grand air, circonstances qui rendent suffisamment compte pourquoi ils ne la contractent que fort rarement.

Cette opinion que nous émettons ici sur la contagion de l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge, ressortira encore mieux de l'examen que nous allons faire du Mémoire de M. Jungken (1)

Ce médecin, professeur d'ophthalmologie à l'université de Berlin, s'est assuré par les recherches et les observations qu'il a faites dans plusieurs garnisons du royaume, que l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge est la même que celle qui depuis 1813 a attaqué épidémiquement et à différentes reprises les armées prussiennes; qu'elle est identique avec celle qui est endémique en Egypte, dans tout l'Orient, dans l'Italie méridionale, dans la Calabre et en Sicile; qu'enfin c'est la même qui fit tant de ravages dans les armées française et anglaise, lors de la mémorable expédition de Napoléon en Egypte.

Cette maladie, caractérisée par le développement de la conjonctive qui, dès l'invasion, apparaît couverte de granulations, est rangée par lui dans la classe des affections de l'œil, connues sous le nom de blennorrhées (2). Ces granulations qui se font d'abord remarquer dans les replis de la conjonctive, à l'endroit où cette membrane passe de la paupière sur le globe de l'œil, s'étendent progressivement sur toute la surface de la conjonctive palpébrale et oculaire. Dans la période de décroissance elles disparaissent dans l'ordre inverse de leur apparition.

Les signes d'inflammation qui accompagnent l'ophthalmie ne sont que des symptômes dépendans de l'affection principale, et ce serait, suivant l'auteur, une grande erreur de croire qu'ils constituent la maladie elle-même; car, dit-il, on peut dissiper complétement l'inflammation, tandis que le germe de la maladie, seulement affaibli, persiste, pour reparaître avec une nouvelle violence à la première occasion favorable : « *Par une expérience assidue de beaucoup d'années, je me suis convaincu*, ajoute-t-il, *que cette maladie est contagieuse, et qu'elle se transmet d'individu à individu, par le transport de la matière sécrétée par des yeux malades sur des yeux sains, et que, sous l'influence de certaines circonstances favorables et de certaines conditions, elle peut devenir miasmatique et s'étendre en infectant l'atmosphère.* »

M. Jungken ne croit pas qu'il faut attribuer les différentes épidémies d'ophthalmies observées jusqu'ici sur le continent, à un principe spécifique importé d'Egypte en Europe; mais il pense que des causes semblables à celles qui la produisent dans les contrées d'Egypte et de l'Italie méridionale, ont existé chez nous et ont eu les mêmes effets. L'ophthalmie de l'armée belge est, d'après sa manière de voir, engendrée et entretenue par des causes propres à cette armée. Il signale les causes suivantes comme étant les principales *causes prédisposantes* qui s'y trouvent réunies.

1° La tenue vicieuse du soldat.

(1) Mémoire sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge, présenté à M. le général baron Evain, ministre directeur de la guerre, par le docteur Jungken. Bruxelles 1834, in.-4°.

(2) Rust les désigne, pour la même raison, sous le nom de Blennophthalmie.

2° La difficulté avec laquelle le soldat belge apprend l'exercice, qui l'oblige à être exercé plus long-temps que les soldats des autres nations (1).

3° L'habitude où sont les militaires de déposer immédiatement après l'exercice, leurs pièces d'équipement pendant qu'ils sont en transpiration.

4° Les excès dans les boissons.

5° La mauvaise disposition des casernes, qui sont encombrées, dont les salles sont trop basses, pas assez propres et le système de ventilation mal combiné, en ce que les ventilateurs placés au niveau du plancher produisent un courant d'air continuel sur la tête du soldat couché. « Il manque une bonne surveillance militaire et médicale dans les casernes. Dans plusieurs de celles-ci, j'ai trouvé, dit-il, des militaires atteints depuis plusieurs jours d'ophthalmie ou d'autres maladies, et qu'il eût été indispensable de transporter dans les lazarets. » Les lits ne sont en outre pas assez espacés, les chevets en sont trop bas, et les soldats sont dans l'habitude de nettoyer leurs pièces d'équipement sur leurs lits et élèvent ainsi une épaisse poussière dans les salles.

6° La nuit, les soldats se couvrent la tête d'un bonnet de laine, et le matin, dès qu'ils se lèvent ils descendent dans la cour et vont se laver la figure et la tête; alternation de température qui les expose à une brusque suppression de la transpiration de la tête.

7° Les soldats se servent souvent du même essuie-mains.

8° La constitution scrophuleuse que présentent quelques individus, favorise singulièrement le développement de l'ophthalmie.

9° Le refroidissement des pieds.

10° La poussière, la malpropreté, l'humidité de l'atmosphère, etc., causes auxquelles tout militaire est plus exposé que le bourgeois.

11° Le défaut de propreté en général et en particulier de la peau.

12° La trop prompte répercussion des exanthèmes, tels que la gale, les dartres, etc.

13° Un état d'irritation des yeux produit par d'autres causes.

14° Des changemens notables dans la température de l'atmosphère.

15° Une prédisposition interne, purement individuelle, qui ne se manifeste par aucun symptôme extérieur, qui n'est dépendante d'aucune cause externe, et qui s'observe également dans le civil et le militaire.

L'auteur fait remarquer que la prédisposition à contracter l'ophthalmie, ne naît pas sous l'influence d'une seule des causes qui viennent d'être énumérées, mais bien de la coexistence fortuite de plusieurs de ces causes. Puis il ajoute : « *La principale cause pour laquelle l'ophthalmie continue de régner dans l'armée belge, et qu'elle continue de se reproduire sans cesse; c'est que dans les rangs de cette armée il se trouve un grand nombre de soldats chez lesquels la maladie est loin d'être entièrement extirpée : elle ne fait que sommeiller. J'entends parler de ceux chez lesquels les symptômes inflammatoires se sont évanouis, mais dont la muqueuse présente toujours ses replis couverts de granulations. De tous les corps que j'ai visités, il n'en est pas un seul qui n'ait plusieurs de ces individus porteurs de granulations; quelquefois il y en a 6 et 8 par compagnie, et l'on peut élever à plusieurs mille le nombre total de l'armée entière. A la moindre fatigue, au moindre excès, la maladie reparaît et exige le renvoi de ces hommes à l'hôpital; ces rechutes sont si fréquentes, qu'à la fin les yeux se détruisent. Ces malheureux sont le véritable* FOYER *de la maladie dans l'armée belge.*

Les principales *causes occasionelles*, qui sont de nature à se rencontrer en partie dans toute armée quelconque, mais plus spécialement dans l'armée belge, sont :

1° Le refroidissement subit au bivouac ou en descendant la garde.

2° Le transport immédiat du liquide sécrété par les yeux d'un individu à un autre.

3° Le transport médiat du miasme ophthalmique au moyen de l'air atmosphérique, favorisé par l'encombrement ou la constitution atmosphérique.

4° L'écoulement gonorrhéique, par l'application de la matière à l'œil, au moyen du doigt, d'un mouchoir, etc.

(1) Le professeur de Berlin aurait dû nous dire ici pourquoi le soldat belge apprend plus difficilement l'exercice : nous n'en voyons pas trop la raison, à moins qu'il nous suppose, à nous, Belges, une moindre dose d'intelligence qu'aux autres nations. Merci.

Comme on vient de le voir, M. le docteur Jungken a tiré parti de toutes les opinions précédemment émises sur l'étiologie de l'ophthalmie; il fait la part de chacune d'elles dans la production de l'ophthalmie et concilie ainsi toutes les opinions. Les conséquences qu'il en tire concernant les mesures hygiéniques à mettre en usage pour parvenir à l'extinction de cette affreuse calamité, sont les suivantes :

Il ne dissimule pas que pour parvenir à extirper cette épidémie on rencontrera de difficultés nombreuses et que de grands sacrifices sont nécessaires. Dans les mesures qu'il propose, il part de ce principe, que déjà les individus qui souffrent des yeux doivent être regardés comme perdus pour le service militaire, et qu'il faut s'efforcer de maintenir la santé de ceux qui sont restés à l'abri du fléau. A cette fin, il prescrit :

1° De rechercher avec une scrupuleuse attention tous les hommes qui portent des granulations sur la conjonctive et de les renvoyer dans leurs foyers. Ils recevront avant leur départ trois instructions différentes, qu'ils seront tenus de remettre à leur arrivée au bourgmestre de leur commune; savoir :

« A. Une instruction pour la famille du réformé, par laquelle on l'avertit de ne se servir d'aucun objet dont celui-ci aurait fait usage, tels que essuie-mains, mouchoirs, draps de lit, bassins, etc., afin que la maladie ne se transmette pas à ses proches.

« B. Une instruction pour le réformé lui-même, indiquant les mesures hygiéniques qu'il a à suivre et quelle est sa conduite à tenir dans le cas où la maladie s'aggraverait.

« C. Une instruction pour le bourgmestre, par laquelle on le prévient de surveiller le réformé, et de lui enjoindre de se présenter de temps en temps, tous les trois, six ou huit semaines, à la visite du médecin militaire le plus voisin, et, si le temps de son service est expiré, de la commission médicale de la province, qui, chaque fois, l'examinera avec la plus scrupuleuse attention. »

« Les pièces d'habillement qui ont été portées par un ophthalmiste ne doivent pas être données à un soldat bien portant. »

2° De faire à la tenue les modifications nécessaires pour que le soldat soit à l'aise dans toutes les parties de son uniforme.

3° De permettre au soldat de s'exercer en veste et en bonnet de police.

4° Empêcher les soldats, au retour des exercices, des parades et des marches, etc., de s'exposer immédiatement à des causes de refroidissement.

5° Dans les marches, accorder aux soldats la faculté d'ôter leur cravate, de déboutonner leur habit, pendant la saison chaude, et en général toute liberté que comportent les circonstances.

6° Occuper les soldats hors du temps destiné au service, par des exercices gymnastiques ou l'escrime.

7° D'introduire plus d'ordre et de propreté dans les casernes. On fera cesser l'encombrement en espaçant les lits à une plus forte distance les uns des autres, en pratiquant des ventilateurs au plafond, on évitera la poussière et les grands courans d'air. En hiver les casernes seront convenablement chauffées, etc., etc.

8° D'établir une surveillance médicale très-active dans les casernes, et de charger un médecin qui y logerait, de faire deux fois le jour l'inspection des salles et de donner immédiatement des soins à tout homme qui présenterait quelque symptôme suspect.

9° D'évacuer de temps en temps les casernes, qui seront ventilées et nettoyées avec le plus grand soin.

10° De surveiller les corps de garde, et d'empêcher que la chaleur y soit trop forte.

11° De soumettre journellement les soldats à l'examen, afin de s'assurer qu'ils ne sont porteurs d'aucun exanthème, ni de gonorrhée, et au moindre indice de l'une de ces affections les envoyer à l'hôpital.

12° Le recrutement doit se faire avec une extrême prudence. Les individus qui ont une constitution scrophuleuse fortement prononcée ne seront pas reçus au service.

13° Dans les hôpitaux, on doit surveiller :

A ce que jamais une même salle ne renferme un nombre trop considérable d'ophthalmistes. On n'en placera que 10 à 12 dans une salle proportionnellement assez spacieuse. On évitera

que les malades porteurs d'ophthalmies d'une nature différente, ne soient amalgamés avec les hommes frappés de l'ophthalmie égyptienne, parce qu'il serait à craindre qu'ils la contractassent eux-mêmes. Eviter aussi que le linge ayant servi aux ophthalmistes ne soit mêlé à d'autre linge, ou donné à d'autres individus sains. Il sera même lavé à part avec le plus grand soin.

14° Après la disparition des symptômes inflammatoires et des granulations de la conjonctive, que la vue se sera rétablie, et que le soldat n'éprouvera plus aucune douleur, il sera renvoyé sans retard dans ses foyers, et on ne lui permettra sous aucun prétexte de rejoindre son régiment.

15° Si la maladie a des réapparitions fréquentes dans un même régiment et qu'elle tende à y revêtir la forme épidémique, ce régiment sera sans délai mis en cantonnement dans des localités salubres; on l'éparpillera et on allégera son service le plus possible.

Telles sont les mesures hygiéniques desquelles M. le docteur Jungken attend les plus heureux effets pour extirper le fléau qui désole notre armée; ces mesures qui sont presque en tout point les mêmes que celles prescrites par la commission des recherches sur l'ophthalmie, et placées à la suite du Mémoire que nous venons de parcourir, vont en grande partie être mises à exécution dans toute l'armée.

Nous désirons vivement pour le bien des familles et des citoyens appelés à la défense de la patrie qu'elles soient couronnées d'un plein succès. Le temps et l'expérience nous apprendront jusqu'à quel point les opinions émises étaient fondées. Mais quel que soit le résultat de ces mesures, il sera toujours difficile de prononcer entre la compression et la contagion, attendu que les prescriptions hygiéniques tendent à la fois à soustraire les soldats à l'action de causes signalées par l'une et l'autre de ces opinions.

L'examen attentif du Mémoire de M. Jungken, prouve que ce médecin considère l'ophthalmie comme étant de nature contagieuse et se propageant par le transport médiat et immédiat de l'agent ophthalmique, et en cela son opinion diffère peu de celle des médecins belges qui ont soutenu l'opinion de la contagion. Elle en diffère en ce que le professeur de Berlin accorde une plus grande part à une foule de causes accessoires qui sont de nature à se rencontrer dans toute armée quelconque, et en ce qu'il partage le sentiment des partisans de la compression par la tenue militaire, sans toutefois reconnaître qu'elle puisse produire à elle seule la maladie. Toutes les précautions qu'il recommande, tant dans les casernes que dans les hôpitaux, et même lorsque les militaires sont renvoyés dans leurs foyers, dénotent combien il craint la contagion favorisée par l'encombrement et beaucoup d'autres causes.

Maintenant que nous venons de passer en revue toutes les opinions émises sur l'ophthalmie de l'armée, et de faire en quelque sorte l'histoire des travaux qui ont été publiés à cette occasion, que doit-on conclure de tous les faits et explications contradictoires qui viennent d'être exposés? Quant à nous, nous croyons devoir en tirer les propositions suivantes :

1° L'ophthalmie de l'armée est contagieuse.

2° Sa propagation est favorisée par l'encombrement, la mauvaise disposition des casernes et une foule d'autres causes.

3° Le foyer de la contagion existe parmi les hommes porteurs de ces granulations de la conjonctive signalés par le docteur Jungken, et chez lesquels les symptômes inflammatoires seuls ayant disparu, le mal ne fait, comme il dit, que sommeiller.

4° La compression du cou et de la tête par la tenue du soldat peut, ainsi qu'une foule d'autres causes, contribuer au développement de l'ophthalmie; mais elle n'est point la cause principale de la maladie. En faisant disparaître cette cause et en donnant à nos troupes un uniforme plus commode, on remplira une indication hygiénique utile à laquelle on aurait dû penser depuis long-temps.

J.-R. Marinus, D. M.

P. S. Cet article était terminé lorsque nous avons appris qu'on prenait au ministère de la guerre des dispositions pour la prompte et stricte exécution des mesures proposées pour l'extinction de l'ophthalmie de l'armée. Nous ne pouvons qu'applaudir au zèle déployé en cette circonstance pour parvenir au but qu'on se propose. Les hommes atteints de l'ophthalmie ou qui en conservent des restes vont être immédiatement renvoyés dans leurs foyers; on s'occupe entre autres de faire à la tenue militaire les changemens indiqués par la commission des re-

cherches sur l'ophthalmie ; les habits et les vestes à manches subiront une nouvelle coupe; les cols seront changés, et déjà nous voyons les militaires s'exercer en bonnet de police.

Nous avons vu un modèle de col dont on va faire l'essai sur un bataillon entier, et qui nous paraît devoir obvier à la compression du cou. Ces cols, faits en tissu de fil de caoutchou, se prêtent admirablement à la forme du cou qu'ils ne compriment en aucune manière, si l'on a soin de ne pas les choisir trop étroits, et permettent au soldat de se baisser, de tourner la tête de droite et de gauche, en un mot, de faire tous les mouvemens de l'exercice, sans occasioner la moindre gêne. Telle est du moins l'idée avantageuse que nous nous en sommes formée en comparant leur action avec celle des anciens cols en usage dans l'armée.

Du refroidissement des extrémités dans les maladies graves et des indications qui en dérivent par J. Sigart, *Docteur en Médecine à Jemmapes* (Hainaut).

M. L. G... âgé de 37 ans, porte un catarrhe chronique depuis plus de dix ans. Au commencement de 1834 il perd ses forces, une petite fièvre le mine, il a des sueurs la nuit, la diarrhée survient, l'appétit tombe, l'émaciation est extrême.

Aux premiers jours de mai il est forcé de s'aliter, bientôt il a de la peine à se soulever sans un sentiment de défaillance. Le 13 mai, les selles s'arrêtent, l'exerétion des urines est suspendue, les crachats se suppriment, la respiration devient bruyante, le pouls radial est rapide et presque insensible. Les extrémités sont froides et humides.

Ces symptômes d'une phthisie à son dernier terme n'offrent rien de particulier ; mais ce qui a besion d'être remarqué c'est qu'au moment où les extrémités sont glacées, le malade y accuse une ardeur extrême, il repousse les linges chauds dont on les enveloppe, il rejette les couvertures, élève les genoux en portant les talons aux fesses; il fait ouvrir les fenêtres, quoiqu'il fasse nuit et qu'une pluie d'orage ait rendu l'air très-frais ; il sent ses pieds brûler, bien que les orteils soient cyanosés ainsi que les doigts, et qu'ils ressemblent en tout à ceux des cholériques. Il prétend qu'on lui lave les jambes à l'eau glacée. On ne croit pas devoir refuser; alors il se trouve mieux, sa faiblesse est moindre.

Après dix ou quinze heures d'un état stationnaire la toux amène quelqu'expectoration, la respiration devient moins bruyante, le pouls quoique faible encore est plus sensible et moins accéléré, les extrémités reprennent de la chaleur et perdent leur couleur, mais alors la sensation d'anéantissement augmente ; le malade urine ; il est immobile dans son lit ; le sentiment de chaleur est disparu.

Cet état dure environ une journée ; alors les crachats se suppriment de nouveau, on les entend dans la poitrine soulevés par une respiration laborieuse. Le froid des extrémités revient peu à peu, le pouls est misérable ; cependant le malade s'agite, il élève les bras, les jambes, cherche le poli de la boiserie du lit pour y promener ses pieds et les rafraîchir, il veut qu'on ouvre les croisées. Il est quelque temps sans se plaindre de faiblesse, mais peu à peu elle revient; ses idées se troublent légèrement, le râle augmente de plus en plus, la respiration qui a toujours été accélérée ne se fait plus qu'à longs intervalles. Le malade expire le 16 mai à une heure du matin.

Cette coïncidence d'un sentiment de chaleur avec refroidissement réel et du rechauffement (qu'on me passe ce mot), avec une sensation de froid m'a semblé digne de remarque. Cet état, que je sache, n'a point encore été annoté dans l'agonie des maladies chroniques ; c'est peut-être le motif pour lequel il m'a frappé alors qu'un état analogue dans le choléra, mais décrit par tous les auteurs qui se sont occupés de la matière, n'avait pas fait d'impression sur mon esprit. J'ai médité ce fait : parmi beaucoup de nuages j'ai cru entrevoir une vérité non encore produite et quelques inductions thérapeutiques. Je dépose l'une et les autres dans votre précieux recueil et les livre à la critique pour que la vérité sorte sans voile.

Il faut bien prendre garde que dans l'observation ci-dessus le sentiment d'anéantissement

n'est point en rapport avec la faiblesse des pulsations radiales ni avec le froid des extrémités. On doit penser que ce sentiment de défaillance, né du défaut de stimulation du cerveau par un sang de quantité et de qualité convenables diminuerait, si au moins la quantité que les carotides lui fournissent pouvait être augmentée ; l'imminence de la lipothymie ayant été en raison inverse de la force du pouls, j'aurais dû m'assurer si les carotides suivaient le même jeu ou le jeu inverse : j'y ai pensé trop tard. Or, rien n'est plus propre à produire ce résultat que la diminution de l'arbre circulatoire; si les extrémités ne reçoivent que peu de sang artériel, il y a sans doute profit pour le cerveau ; alors il souffre moins, il se ranime un peu, envoie par le pneumo-gastrique quelqu'activité aux poumons, des crachats peuvent être expulsés, la respiration est plus libre, mais cette liberté semble agrandir le cercle circulatoire; l'artère radiale tout-à-l'heure tremblottante et à peine sensible, annonce maintenant une colonne de sang presque naturelle, les membres ne sont plus froids. Mais cette répartition nouvelle fait souffrir le cerveau, car l'imminence d'une lipothymie augmente. Ne semble-t-il pas qu'un instinct conservateur annonce au malade l'utilité d'un refroidissement des extrémités pour satisfaire aux exigences cérébrales ? ne semble-t-il pas que l'instinct ne peut avoir pour instrument qu'une impression de chaleur qui force le malade à rechercher le froid ? Et alors, le médecin, interprête de la nature, ne doit-il pas comprendre ce langage, ne doit-il pas s'abstenir de la contrarier, ne doit-il pas appeler le froid sur le refroidissement et être à la fois utile et agréable au malade ?

Utile, dira-t-on ? Sans doute l'utilité dont j'ai pu être au malade cité mérite peu d'être notée. Mais les idées que je viens de déduire ne pourraient-elles pas être appliquées à des maladies curables. Examinons le choléra.

Les extrémités sont froides, humides, cyanosées ; le pouls est effacé ; cependant les malades se plaignent de la chaleur, ils invoquent le froid, repoussent les couvertures. Le sentiment de faiblesse est extrême. J'ajoute pour compléter la ressemblance que l'urine ne coule pas (sans doute pour qu'il n'y ait pas de vide opéré par sa sécrétion et son excrétion et qu'il faille combler). Que si lorsque la nature amoindrit le cercle circulatoire pour suffire aux besoins des organes les plus essentiels, on frictionne les extrémités, on les chauffe, on les irrite par des sinapismes, ne nuira-t-on pas ? ne fera-t-on pas mourir des malades qui eussent guéri avec des soins plus éclairés?

Au risque d'être appelé homœopathe ne vaudrait-il pas mieux obéir au cri naturel, donner du froid aux membres, et sans doute aussi à l'estomac ? car ce n'est pas la circulation stomacale qui a besoin d'être ranimée, elle peut quelque temps languir impunément. Si on donne des excitans au ventricule, qu'on ne lui présente pas les excitans spéciaux, mais bien ceux qui de là peuvent agir sur le cœur, peut-être sur le sang lui-même, que les lavemens soient froids ; que si un sinapisme peut être utile par sa stimulation en réveillant le cœur, qu'on le pose aussi près que possible de cet organe; reste à calculer le prix de cette stimulation et à voir si elle vaut le sang qui vient rougir la peau sous l'application du topique et qui est comme perdu. Au contraire, si on adoptait l'injection de quelque stimulant dans les veines, il devrait être chaud. Mais laissant les détails, le problème à résoudre dans le choléra ne semble-t-il pas, tant qu'on n'aura pas de spécifiques, devoir se composer ainsi : 1° de la suppression ou modération des évacuations ; 2° de la diminution du cercle circulatoire par le froid, la ligature du membre, etc.; 3° de l'excitation du cœur et du sang pour des moyens appropriés.

Avant d'émettre de semblables idées, j'aurais attendu les avertissemens de l'expérience, si je croyais avoir des occasions prochaines de l'interroger. Mais je pose sur un théâtre peu avantageux ; puis notre commune deux fois décimée pour le choléra a acquis le droit d'espérer qu'il ne reparaîtra plus. D'ailleurs, préoccupé par une pensée dont on se croit le créateur, intéressé à son triomphe, on perd quoique de bonne foi une partie de sa liberté de juger. Le public est plus impartial; saisi de l'idée, il saura la faire germer si elle porte en elle un principe de vie.

Céphalalgie ; vomissemens ; symptômes d'apoplexie ; mort. — Adhérence de la dure-mère au cerveau ; hypertrophie considérable du foie et de la rate ; refoulement du diaphragme; déviation du cœur. — Observation recueillie par le docteur Fallot, *médecin principal à Namur.*

Vermaesen, milicien de cette année, venait d'être refusé au corps à cause d'une varicocèle volumineuse dont il était porteur et attendait au dépôt qu'il fût statué sur les réclamations élevées par d'autres miliciens, quand il se présenta à la visite du médecin du corps, le 2 juin, se plaignant de maux de tête dont il se disait tourmenté depuis quelques jours. Il fut en conséquence désigné pour l'hôpital où on négligea de le conduire. Dans le courant de la journée il fut soudain attaqué de violens vomissemens, on l'y transporta alors. A son entrée il avait la face violette, la respiration râleuse et entrecoupée, il fumait la pipe, et avait de l'écume sur les lèvres : tous ses membres étaient résolus. On lui fit incontinent une saignée du bras et on lui appliqua des sinapismes brûlans. Il mourut un quart-d'heure après son admission.

A l'autopsie qui fut faite 16 heures environ après la mort on remarqua :

1° *A l'extérieur* une innombrable quantité de vergetures et marbrures bleues : la proéminence et la dureté de la région épigastro-hypocondriaque avec matité de son.

2° *Dans le cerveau.* Adhérence intime par une couche pseudo-membraneuse dense et tenace des deux feuillets de l'arachnoïde sur la partie supérieure et interne moyenne de l'hémisphère droit : infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; sérosité limpide dans les ventricules cérébraux : congestion du système veineux de l'encéphale.

3° *Dans la poitrine.* Rétrécissement très-marqué du diamètre vertical de la poitrine, dû au refoulement du diaphragme en haut : les deux *poumons* crépitans, quoique remplis de sang et laissant couler à chaque coupe des flots de sérosité sanguinolente écumeuse ; ils sont comme pressés sur eux-mêmes et adhèrent aux côtes. Sous la plèvre pulmonaire on voit une grande quantité de petits grains blancs friables, mais il ne s'en trouve pas un seul dans le parenchyme. Le cœur, au lieu d'être oblique est tout-à-fait transversal et horizontal, sa pointe répondant au poumon gauche ; il n'existait d'ailleurs aucune altération de ce viscère.

4° *Dans l'abdomen.* Le *foie* s'étend en bas jusque sur la crête de l'os des îles : latéralement jusques dans l'hypocondre gauche : son agrandissement est surtout produit par l'hypertrophie de son lobe gauche, qui est doublé de volume : sa couleur est plus foncée que d'ordinaire, mais il perd cette teinte par son séjour dans l'eau où il dégorge beaucoup de sang ; sa consistance est un peu augmentée : il pèse 2 kilos, 9 grammes. La forme de la *rate* est difficile à décrire : au lieu d'être aplatie elle est plutôt triangulaire ; le côté antérieur, qui est le moins étendu, portant vers son milieu une concavité pour se mouler sur la grande courbure de l'estomac qui s'y repose ; le côté externe est le plus large et remplit tout le flanc ; le postérieur les lombes ; des bords mousses séparent ces trois faces qui se fondent ensemble supérieurement pour former une espèce de capuchon ou de bourrelet épais dont l'estomac est comme coiffé : en bas, les bords vont se perdre sur une terminaison arrondie reçue dans une poche formée par une fausse membrane, épaisse, tendue transversalement, et qui sépare la rate du colon; la face postérieure de la rate reçoit le rein gauche dans une petite dépression creusée à cet effet. Sa substance est compacte, dense, vermeille, comme carnifiée ; je ne puis mieux la comparer qu'à du bœuf frais : dégorgée, elle était longue de 35 centimètres et sa circonférence à sa partie moyenne est de 36. Elle pesait 1 kilo, 9 grammes. Le *rein gauche* est aplati, durci, atrophié, d'un brun-noir; on n'y reconnaît que difficilement les deux substances. Le *droit*, au contraire, est beaucoup plus grand que dans l'état ordinaire. La *vessie*, pleine d'urine, touche par son bas-fond au bord tranchant du foie. Le *tube digestif* contient une purée claire d'un jaune-verdâtre, très-abondante, présentant dans toute la longueur du canal la même liquidité : le calibre de l'intestin grêle est normal, celui du colon remarquablement rétréci. L'*estomac* est placé verticalement ; il a la forme d'un croissant dont les cornes regardent l'hypocondre gauche ; il est recouvert par le foie et la rate; sa capacité est extrêmement pe-

tite : sa muqueuse est d'un rouge bleuâtre ; ses plis très-prononcés : les valvules conniventes de l'intestin le sont également; leur sommet est teint en jaune safrané.

On ne remarque aucune trace d'inflammation dans le canal alimentaire ; la rougeur bleuâtre de sa muqueuse paraît devoir être plutôt attribuée à la stase du sang veineux, tout le système sanguin centripète se trouvant dans ce même état de congestion. Toute la masse intestinale est repoussée dans la région sous-ombilicale, les circonvolutions sont pressées les unes sur les autres.

Je livre ce fait comme rare aux anatomo-pathologistes. Les exemples de rates volumineuses sont communs, je le sais ; nous en rencontrons journellement, mais dans la presque totalité des cas présentés à mon observation, elles étaient altérées dans leur texture et leur consistance, ramollies ou squirrheuses. (On peut voir un cas de ramollissement, porté jusqu'au point de produire le déchirement pendant un accès de toux dans le 36e volume du *Journal complémentaire des Sciences médicales*, p. 400.) Presque toujours elles sont le produit d'une autre maladie, dépendent d'un état scorbutique, rachitique, d'une fièvre intermittente ou typhoïde ; s'accompagnent de collections aqueuses dans le péritoine. Communément aussi la rate est descendue, déplacée en bas par le relâchement de ses ligamens, et je ne connais d'autre observation de refoulement du diaphragme par l'augmentation de son volume, que celle empruntée à Delamotte, par Van Swieten (Comment. t. III, § 958). Encore s'agirait-il de savoir si ce refoulement n'était pas dû plutôt à l'hydropisie dont le malade était simultanément attaqué. Il est vrai que M. le professeur Andral en parle comme d'une *chose possible* (*Anatomie pathologique*, t. II, 2e partie, p. 422), mais il n'en cite aucun fait.

Sous tous ces rapports celui qu'on vient de lire s'éloigne de ceux que j'ai rencontrés ou dans ma pratique ou dans les auteurs. En effet, il n'existait ici ni sclériasie ni malaxie, mais une simple hypertrophie; la constitution du malade, sans être forte, n'était ni languissante ni exténuée, et pendant environ dix jours qu'il passa au dépôt, il sembla remplir ses diverses fonctions animales avec aise et régularité ; enfin, la rate était à peu près autant accrue vers le haut que vers le bas.

Il faut remarquer encore chez notre malade l'existence simultanée d'une simple hypertrophie du foie. Morgagni, qui paraît avoir souvent observé cette coïncidence, croit qu'il existe entre eux des rapports de filiation et s'attache à les expliquer (*Epistol.* XXX, 26 et suiv.); mais tous ceux qui s'occupent d'anatomie pathologique savent qu'elle n'est pas assez constante pour pouvoir être attribuée à une cause générale.

Quoi qu'il en soit, le refoulement du diaphragme par le développement insolite du foie, en diminuant l'espace où est logé le poumon droit, devait aider puissamment à la gêne de la circulation et de l'hématose.

Je ne parlerai de la déviation du cœur par l'ascension du diaphragme, et de sa disposition horizontale que pour faire observer que ce doit être un cas rare. En effet, dans le *Précis d'anatomie pathologique*, qui a coûté tant de recherches à son auteur, je ne vois pas l'augmentation du volume de la rate indiquée au nombre des causes des vices de direction du centre circulatoire (t. II, part. II, p. 314), ce qui fait croire que cet infatigable et judicieux observateur ne l'en avait pas vu résulter.

Après avoir parlé du prolapsus du cœur, MM. Bertin et Bouillaud, dans leur *Traité des maladies de cet organe* (p. 442), ajoutent : « On observe un vice de situation opposé du cœur dans les cas où une tumeur quelconque des viscères abdominaux refoule les organes thoraciques vers la partie supérieure de la cavité qui les renferme » ; mais ils ne citent aucun fait à l'appui.

Ce changement de direction me paraît cependant mériter la plus sérieuse attention de la part des physiologo-pathologistes, à cause de l'influence qu'il doit exercer sur la circulation. En effet, privé du point d'appui que, dans l'état normal, la colonne vertébrale lui prête au moment de la systole des ventricules, le cœur perd nécessairement une grande partie de la force nécessaire pour lancer le sang dans les deux grandes artères, il ne peut se vider que très-imparfaitement, d'où résulte congestion passive dans les viscères. Il y a plus encore : quand on étudie avec soin le mécanisme de la circulation, on comprend quel rôle important et de premier ordre, y joue ce mouvement de bascule, cette espèce de rotation sur un axe

placé à la base des ventricules. En effet, pendant la contraction des oreillettes, le cœur se relève, la pointe s'abaisse, les orifices auriculo-ventriculaires montent en s'ouvrant et le sang tombe, pour ainsi dire, dans les ventricules béans; mais, à leur tour, ceux-ci se contractant, la pointe du cœur se porte en haut et en avant en même temps que la base des ventricules descend et vient occuper la place où la pointe du cœur se trouvait pendant leur diastole. Par ce mouvement l'entrée de l'aorte et de l'artère pulmonaire se trouvent de niveau avec la base du ventricule, le sang y coule facilement en cherchant le sien, tandis que s'il n'avait pas eu lieu, il aurait dû y être lancé perpendiculairement et contre son propre poids. Or, dès que le cœur perd avec son adossement à la colonne vertébrale la faculté d'y trouver un point d'appui pour basculer, cette mécanique admirable par sa simplicité se trouve irrévocablement dérangée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, *fondé sur un grand nombre d'observations cliniques; accompagné d'un atlas de 41 planches, représentant, en 124 figures, les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme*; par Mme VEUVE BOIVIN, *docteur en médecine, sage-femme surveillante en chef de la Maison de Santé, décorée de la médaille d'or du mérite civil de Prusse, membre de plusieurs sociétés savantes*; et par A. DUGÈS, *professeur à la faculté de Médecine de Montpellier, membre de la Légion-d'Honneur, membre correspondant de l'Académie royale de Médecine*, etc. — 2. vol in 8°. Le 1er volume vient de paraître. — Bruxelles, 1834, à l'Etablissement encyclographique.

Au milieu des progrès incontestables de la médecine moderne, une branche importante de cet art, celle qui a pour objet l'étude et le traitement des maladies propres aux femmes, était demeurée à peu près stationnaire. La position sociale du sexe, les scrupules de la pudeur, les lois mêmes dans certains pays, s'étaient joints à l'esprit de routine, pour la retenir dans un état voisin de l'enfance. Il importait donc que des personnes que leur position a mises à même d'en faire une étude spéciale, publiassent le résultat de leur pratique; il importait surtout de restreindre l'étude de ces maladies aux particularités qui distinguent la femme, à l'organe qui la constitue ce qu'elle est, qui règle sa nature, sa vie, sa destinée, son rôle dans la société; en un mot à la matrice : agir ainsi c'était la restreindre aux seules particularités dont la considération peut devenir utile, nécessaire même au praticien.

C'est ce que Madame Boivin et M. Dugès ont parfaitement senti; ils ont fait disparaître un vide dont tous les bons esprits s'affligeaient, en publiant leur *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. La qualification de *pratique* donnée à ce travail n'est pas une expression vaine et destinée seulement à le présenter sous des auspices plus favorables : il la mérite, parce qu'il est entièrement déduit de l'observation. On n'y doit chercher ni longues discussions théoriques, ni brillantes hypothèses, ni assertions hasardées, sans autre fondement que des probabilités vagues, des analogies spécieuses. Brefs et réservés pour tout ce qui est rare, incertain, conjectural, les auteurs ont donné aux maladies les plus fréquentes, à celles dont le diagnostic est le plus important et le plus difficile, à celles dont le traitement et ses divers modes peuvent être discutés d'après les résultats de l'expérience, toute l'extension nécessaire pour les rendre plus probables au lecteur; en un mot, on y trouve à chaque pas, d'excellens préceptes dont une longue pratique pouvait seule confirmer la justesse et l'utilité. Précision et clarté sans nulle prétention; jugement sain, érudition choisie, savoir solide : telles sont les qualités qui distinguent ce livre éminemment remarquable, destiné à occuper une des premières places dans les bibliothèques de tous les médecins, de tous les accoucheurs. Les observations personnelles de Madame Boivin, fruit d'études longues, soit dans les hôpitaux consacrés spécialement aux femmes, soit en ville dans une pratique étendue, les remarques et les observations de M. Dugès, les souvenirs de Madame Lachapelle, tout

se réunit pour ajouter à l'attrait du sujet, et pour assurer un brillant succès au Traité pratique des maladies de l'utérus.

Un bel Atlas composé de quarante-et-une planches, gravées et coloriées avec soin, exécutées sur les dessins de madame Boivin elle-même, dont nous avons déjà fait l'éloge dans un numéro précédent du *Bulletin*, mais qu'on peut aussi se procurer séparément, forme le complément indispensable de l'ouvrage. Ces planches ne contribueront pas peu à répandre un grand jour sur des maladies que tant de causes réunies jusqu'ici ont laissées dans un vague et une obscurité, aussi pénibles pour les gens de l'art que funestes pour les malades.

VARIÉTÉS.

Introduction accidentelle d'une chauve-souris vivante dans l'estomac. Cette singulière observation est rapportée par le docteur Heymann, dans le *Hufelands Journal der practisch Heilkunde*, février 1833. Un pauvre berger des environs d'Oldendorf, habitait une cabane dans laquelle chaque nuit il voltigeait une grande quantité de chauve-souris. Sa femme avait couché près d'elle un de ses enfans, âgé de trois ans, en lui laissant à la main un morceau de pain. L'enfant s'endormit en mangeant, restant la bouche ouverte, et à moitié remplie par le pain qu'il mâchait. Une chauve-souris s'en approche, et pénètre brusquement dans la bouche. Réveillé en sursaut, l'enfant ferme subitement la bouche, et par un mouvement de déglutition involontaire, la chauve-souris est poussée dans l'œsophage et de là dans l'estomac. Aussitôt surviennent des douleurs excessivement aiguës, des efforts de vomissement et des vomissemens de sang. Ces accidens durèrent pendant deux heures; et se calmèrent ensuite peu à peu. Le médecin, appelé le lendemain, ne voulut pas ajouter foi au récit qui lui fut fait : toutefois il se contenta de prescrire du lait et des boissons mucilagineuses. Au bout de quarante-huit heures, l'enfant rendit par les selles une grosse chauve-souris, enveloppée de mucosités sanguinolentes : elle était comme écrasée dans toute sa longueur, et le poil qui la recouvre était enlevé çà et là. L'enfant fut long-temps souffrant, mais il n'éprouva pas d'autres effets de ce singulier accident.

Révision de la loi du 12 mars 1818, relative a l'exercice de l'art de guérir.

Dans un précédent numéro de notre journal nous avions fait sentir les défectuosités de la loi qui régit l'exercice de l'art de guérir en Belgique ; nous avons aussi fait connaître la pétition des médecins belges à la chambre des représentans, demandant la suppression des commissions médicales, qui seraient remplacées par des conseils médicaux; aujourd'hui nous sommes heureux d'annoncer que le gouvernement, par un arrêté récent, est allé au-devant des réclamations qui se sont élevées, de toutes parts, en nommant une commission qui sera chargée de proposer les améliorations jugées nécessaires et de poser les bases d'une nouvelle organisation médicale en rapport avec les besoins de l'époque actuelle. Espérons que cette commission, composée d'hommes éclairés et impartiaux, et en qui nous avons toute confiance, sentira la haute mission dont elle est investie; elle s'aquerrera ainsi des droits à la reconnaissance des médecins et de toutes les personnes qui exercent quelque branche de l'art de guérir (1).

Voici le texte de l'arrêté qui nomme cette commission :

Léopold, etc. Considérant que des réclamations se sont élevées depuis long-temps contre plusieurs dispositions de la loi du 12 mars 1818, et des arrêtés rendus en vertu de cette loi, pour régler l'exercice des différentes branches de l'art de guérir :

Sur le rapport de notre ministre de l'intérieur.

(1) Nous publierons dans notre prochain numéro un travail sur la nouvelle organisation médicale projetée.

Nous avons arrêté et arrêtons :

Art. 1er. Une commission est instituée à l'effet de rechercher et l'indiquer au gouvernement les améliorations dont sont susceptibles la loi du 12 mars 1818, ainsi que les arrêtés et réglemens concernant l'exercice des différentes branches de l'art de guérir, la police médicale, et généralement tous les objets qui se rattachent à la santé publique.

Art. 2. Sont nommés membres de cette commission, qui se réunira à Bruxelles :

Laisné, docteur en médecine, professeur à l'école de médecine de Bruxelles.

Sauveur, docteur en médecine, professeur à l'université de Liége, ex-membre de la commission de révision des lois et réglemens sur l'exercice de l'art de guérir;

François, docteur en médecine, président de la commission médicale de la province de Hainaut, ex-membre de la commission de révision des lois et réglemens sur l'exercice de l'art de guérir;

Baud, docteur en médecine et en chirurgie, professeur à l'université de Louvain;

Graux, docteur en médecine et en chirurgie, professeur à l'école de médecine de Bruxelles;

Van den Corput, président de la commission médicale de Bruxelles;

Dehemptinne, membre du conseil supérieur de santé et de l'académie royale des sciences et belles-lettres de Bruxelles.

La commission élira son président dans son sein.

Le sieur Sauveur (D.), docteur en médecine, attaché au ministère de l'intérieur, remplira les fonctions de secrétaire près ladite commission.

Art. 3. Notre ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera inséré au *Bulletin officiel.*

Donné à Bruxelles, le 31 mai 1834.

Signés LEOPOLD.
CH. ROGIER.

PRIX PROPOSÉS :

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Concours de 1834.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 2 juin 1834, a mis au Concours la question suivante :

« *L'inflammation est-elle toujours identique dans sa nature? Dans la négative, établir les caractères généraux des différentes modifications auxquelles elle est soumise dans les maladies, et les changemens les plus notables que chacune de ses formes doit faire subir au traitement.*»

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

La Société décernera en outre deux médailles d'honneur d'une valeur relative au mérite des Mémoires, aux réponses qui présenteront la meilleure solution des questions suivantes :

Ire QUESTION : *Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés.*»

IIe QUESTION : « *Quelles sont les mesures de police médicale les plus propres à arrêter la propagation de la maladie syphilitique?*»

Les Mémoires écrits lisiblement en latin, en français ou en flamand devront être adressés *franc de port* et dans les formes académiques (c'est-à-dire, portant une devise ou épigraphe répétée sur un billet cacheté contenant les noms, les titres et la demeure de l'auteur) au secrétaire-adjoint avant le 1er juin 1835.

Tout Mémoire soumis au jugement de la Société devient sa propriété; mais l'auteur a la faculté d'en faire prendre des copies à ses frais.

Les membres résidans sont seuls exclus du Concours.

Bruxelles, le 2 juin 1834.

Le Secrétaire-adjoint,
J.-R. MARINUS, D. M.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CAEN.

Le concours ouvert par la Société de médecine de Caen sur l'usage de médicamens purgatifs n'a pas répondu à l'attente de la Société, et aucun des mémoires, qui lui sont parvenus, ne lui a paru résoudre assez complétement les divers problèmes qui se rattachent à ce sujet, pour qu'elle ait cru devoir décerner le prix.

Mais l'importance et l'opportunité de la question, le nombre et la diversité des recherches que sa solution exige, de même que la multiplicité et la répétition des observations cliniques doivent faire penser qu'en accordant un tems plus long pour accomplir tous ces travaux, il serait permis d'espérer un résultat plus complet.

C'est pourquoi elle reproduit de nouveau le programme qu'elle avait publié pour 1834, en prorogeant jusqu'au mois d'avril 1835, l'époque à laquelle les mémoires seront reçus.

« Les doctrines humorales, sur lesquelles était appuyé dans le siècle précédent l'emploi des « médicamens purgatifs, ayant succombé aux attaques portées contre elles par les diverses « sectes de Vitalistes et de Solidistes depuis Brown jusqu'à M. Broussais, elles ont entraîné « dans la défaveur où elles sont tombées, les agens thérapeutiques dont elles prétendaient « expliquer et diriger l'action, et qui ne purent être suffisamment protégés contre une pros- « cription presque complète par l'ancienneté et la généralité de leur usage. Une génération « médicale s'est élevée, qui n'a pu et dû voir dans les substances douées de propriétés pur- « gatives que des moyens souvent dangereux, et utiles seulement dans un très-petit nombre « de circonstances. »

« Cependant entre l'abus qui existait peut-être et l'abandon qui l'a suivi, doit se trouver « l'application judicieuse et réservée, dont il s'agissait seulement de connaître les conditions « et les limites. »

« Aujourd'hui que toutes les théories exclusives se sont détruites elles-mêmes par leur op- « position entr'elles, par l'exagération de leurs principes, et l'absurdité de leurs conséquences; « aujourd'hui que, lassée du despotisme des systèmes, la république médicale, rendue à la « liberté d'observation, ne reconnaît qu'aux faits bien constatés le droit d'imprimer à la pra- « tique de l'art de guérir une direction exempte de danger, le moment est opportun pour « signaler à l'attention des médecins une classe de médicamens sur la valeur desquels les « annales de l'art, depuis son origine, ont amassé de nombreux témoignages, et qui, par la « modification prompte et énergique qu'ils impriment à l'économie, peuvent être ou un se- « cours précieux, ou un instrument redoutable. »

« En conséquence la Société de médecine de Caen, propose pour sujet du prix qu'elle « décernera en 1835 de : »

Déterminer d'après des faits et appuyer sur des observations cliniques, les résultats locaux, sympathiques et généraux de l'action des purgatifs. Préciser les états pathologiques locaux et généraux dans lesquels leur usage est indiqué; ainsi que les avantages et les inconvéniens qui résultent de leur emploi et de leur abus, dans leurs différens degrés d'activité.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 francs.

Les mémoires écrits lisiblement seront adressés francs de port, et avec les formes habituelles des concours avant le premier avril 1835, à M. Lafosse, secrétaire de la société.

Les membres résidans sont seuls exclus du concours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA MOSELLE.

La Société de médecine du département de la Moselle propose, pour sujet de prix la question suivante :

« Indiquer les symptômes et le siége de l'affection connue généralement sous le nom de Migraine; faire connaître les causes qui la font naître et en favorisent le retour; signaler sa marche, sa durée, ses complications, ses terminaisons; caractériser les formes qu'elle peut revêtir;

établir le diagnostic et le pronostic ; décrire les altérations organiques locales auxquelles elle peut donner lieu ; enfin établir le traitement préservatif, palliatif et curatif. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 francs. Les Mémoires seront adressés, dans les formes académiques, à M. Félix Maréchal, secrétaire de la Société, pour le 1er août 1835.

NOUVELLE DES SCIENCES.

Une nouvelle Académie vient d'être constituée à Paris, sous le nom d'*Institut historique*, présidée par MM. Michaud, de l'Académie française, et le comte Alexandre de Laborde, de l'Institut royal de France. Elle compte pour membres fondateurs MM. Ampère, de l'Académie des sciences; le marquis Aguado; de Monglave; Andral, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Berton, de l'Institut royal de France; le comte de Bondy, pair de France; Bory de Saint-Vincent, correspondant de l'Académie des sciences; Paul de Laroche, de l'Institut royal de France; le comte de Midoff, de l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg; Francœur, professeur à la Faculté des sciences de Paris; Geoffroy-Saint-Hilaire, de l'Institut de France; l'abbé Guillon, évêque de Maroc; Jomard, de l'Institut de France; Jouy, de l'Académie française; Julien, ancien directeur de la Revue encyclopédique; A. de Lamartine, de l'Académie française; l'abbé de Lamennais; Lebas, de l'Institut de France; le comte Lepelletier d'Aulnay; le comte de Mosbourg; de Norvins; le général comte de Laroche-Aymon, pair de France; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris; etc.

Le but de l'*Institut historique* est de favoriser les recherches et les travaux d'histoire en les appliquant à tous les objets des sciences humaines; par conséquent la médecine ne peut manquer d'y trouver une large part. L'Institut historique est une académie libre, qui n'aura pas l'inconvénient de recevoir ses inspirations du gouvernement pour la nomination de ses membres. Les académies composant l'Institut royal de France sont sous l'influence du pouvoir, ce qui les a souvent forcées d'ouvrir leurs portes à l'intrigue; leur réglement, les bornant à un certain nombre de membres, laisse en dehors une multitude d'hommes de mérite, de savoir et de zèle, qui, obligés de se renfermer dans des travaux isolés, perdent les avantages qui ressortent de la communication habituelle des idées. L'Institut historique se propose de rassembler ces hommes d'étude consciencieuse et forte, et d'en faire un vaste corps auxiliaire pour les académies dont nous venons de parler.

L'Institut historique embrassera toutes les connaissances historiques dans leur ensemble, et, au lieu de borner l'histoire à l'étude ordinaire des événemens qui remplissent la vie extérieure des nations, il l'étendra à la connaissance de leurs idées, de leurs sciences, de leurs opinions, de leurs cultes, de leur génie, c'est-à-dire, de tout ce qui constitue la vie intime de l'humanité.

L'établissement de cette nouvelle institution scientifique, qui promet de produire les plus heureux résultats pour les sciences et les arts, a été encouragé par deux hommes d'état qui, en ce moment, prennent part au gouvernement des affaires de la France, et qui se sont éminemment distingués par leurs travaux historiques, MM. Thiers, ministre de l'intérieur et Guizot, ministre de l'instruction publique.

L'institut historique est divisé en six classes : 1° *Histoire générale ;* 2° *Histoire des sciences sociales et philosophiques ;* 3° *Histoire des langues et des littératures ;* 4° *Histoire des sciences physiques et mathématiques*, dans laquelle la médecine forme une section; 5° *Histoire des beaux-arts ;* 6° *Histoire de France.* Il correspondra avec les sociétés savantes françaises et étrangères et publiera tous les mois un numéro du Recueil de ses travaux.

L'institut historique vient de nommer en Belgique M. de Kirckhoff, médecin à Anvers, membre correspondant de la classe des sciences physiques et mathématiques, et l'a chargé de lui proposer, pour y être admis, un certain nombre de savans belges qui par leurs travaux et leurs succès obtenus dans les sciences et les arts, lui assurent une utile coopération.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés dans la table, par la lettre (a) ont été retranchés pour double emploi.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

CASIMIR BROUSSAIS. De l'usage des lavemens froids en thérapeutique. 87

MARTIN SOLON. Mutisme guéri par l'application de la pommade ammoniacale sur le sinciput. 93

CAPURON. Considérations sur le mécanisme de l'accouchement naturel. 95

Revue des journaux français du mois de janvier et février. (a)

A* JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

GENDRON. Recherches sur les épidémies des petites localités. 117

Analyse des journaux. (a)

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

CROSERIO. Observations pratiques sur l'homœopathie. 153

DUFRESNE. Note sur la variole et son traitement homœopathique. 156

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

MIRAULT. Lettre à M. Lallemand, sur l'inflammation chronique de la cornée. 419

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.—*Extraits des Bulletins des séances.* 426

EAGER. Observation de tubercules de la moelle épinière. 429

Rapport sur l'observation précédente. 430

MAISONNEUVE. Obs. de pericardite. 431

Rapport sur l'observation précédent. 433

MAISONNEUVE. Obs. de cancer à l'estomac. 433

PEYROT. Tremblement mercuriel; sudamina. *ib.*

FLEURY. Fracture des os du crâne avec commotion et contusion du cerveau. 435

BÉRARD jeune. Mémoire sur la staphyloraphie. 436

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MARTINET. Du traitement des névralgies. 395

Rapport médico-légal sur une partie des meurtres de la rue Transnonain. 400

F. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE.

BAILLY (de Blois). Mémoire sur l'anatomie phrénologique. (avec une planche.) 35

G. JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

CONSTANTIN. Observations pratiques sur les lésions du foie. 401

PIÉDAGANEL. Note sur une nouvelle grippe. 405

VIDAL (de Cassis). Considérations sur l'anatomie patho-

logique, le diagnostic et le traitement chirurgical des abcès (2e art.) 405
MONTAULT. Des illusions chez les personnes hypocondriaques, mélancoliques et aliénées. 409
SABATIER. Considérations sur l'orchite blennorrhagique et son traitement. 413
RACIBORSKI. Observation sur un cas de rhumatisme. 415

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

TRINQUIER. Empoisonnement déterminé par le sel commun saturé d'oxide de cuivre. 103
LEÇONS CLINIQUES DE LA PITIÉ. Amputation de la verge à la suite d'un cancer; par M. Lisfranc. 104
» Emploi du chlorure d'oxide de sodium dans les brûlures du 1er et du 2e degrés. 105
» De la compression employée comme méthode curative dans le traitement des fistules à l'anus. 107
Observation de gastro-entérite chronique datant de plusieurs années, et guéric par l'application des préceptes de la médecine physiologique. Consultation de M. le professeur Broussais. (a)
Observations et considérations pratiques sur l'usage des fumigations dans quelques maladies, et particulièrement dans les affections de l'appareil respiratoire. (a)
Empoisonnement par le cyanure de potassium administré en lavement. Différence d'action du cyanure sec et du cyanure humide. Sa décomposition par les extraits des plantes. (a)
Médecine légale : Examen de taches faites sur un linge. (a)
Considérations sur l'emploi du laudanum pour hâter la terminaison des accouchemens. (a)

I. GAZETTE MÉDICALE.

ROGNETTA. Mémoire sur les tumeurs sanguines et lipomateuses de la paume de la main. 694
GERARDIN. Rapport sur l'état et les progrès de la vaccine en France, durant l'année 1832. 699
GAUDET. Recherches sur le rhumatisme des parois thoraciques. 704
GREENWOOD. Hémorrhagie fournie par un ulcère et remplaçant l'écoulement menstruel. 709
SNOW. Tic douloureux du nerf poplité. ib.
Paralysie d'un côté de la face. ib.
RIGBY. Sympathie de l'utérus et des mamelles. 710
SHAW. Affection des muscles de la respiration. ib.
GRIVE. Ptyalisme guéri par l'opium. 711
MARTIN COATES. Traitement de la surdité causée par la sécheresse des oreilles. 712
PAYEN. Note sur la mannite extraite du céléri rave. (a)
Action du sucre sur le sang humain. (a)
DELEAU jeune. Mémoire sur la lésion des glandes cérumineuses. 713
LUROTH. Note sur la révaccination. 716
LINDSLY. Observations d'aménorrhée. 717
HULSE. Fracture de l'humérus non consolidée traitée avec succès par l'injection. 718
ROGERS (David). Ossification du tissu musculaire. 719
BOND. Note sur l'autopsie d'une femme suicidée presque immédiatement après le coït. ib.
WALLACE. Sur la membrane antérieure de l'œil. 720
ZABRISKIE. Observation d'œsophagite. ib.
Rupture du foie. 721
STEDEMAN. Effets de l'iode sur l'épiderme et les cheveux. ib.
Des luxations du fémur en haut et en avant. ib.
BARRÈRE. Remarques sur un cas de tumeur sanguine de la paume de la main. 723
ROGNETTA. Expériences faites à l'Hôtel-Dieu sur le traitement des fractures par l'appareil inamovible. 724
BOULLET. Amaurose et ramollissement très-étendu du cerveau, causés par une tumeur fibreuse de la dure-mère. 726
DUFOUR. Empalement chez une jeune fille par les voies sexuelles. — Rupture de la veine dorsale de la verge chez un jeune homme. 726 728

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

SECRETAIN. Tumeur dans la fosse iliaque droite observée sur lui-même. 547
» Contusion violente du genou, épanchement énorme dans l'articulation, observations faite sur lui-même. 548
SANSON. Fracture de la cuisse; rupture du cal après huit ans; mort. ib.
CAZENAVÉ (E.). Affection cérébrale, efficacité du sulfate de quinine. 550
MONTAULT. Considérations pratiques sur les divers modes de terminaison de l'ovarite puerpérale. 551
LANDOUSY. Observation de choléra-morbus indien. 552
BERTON. Sur l'utilité de la compression dans les blessures des artères plamaires. 553
BAUDELOCQUE. Observation de rhumatisme aigu, guéri par la méthode expectante. 554
MIQUEL (d'Amboise). Nouveau moyen de tamponer les fosses nasales. 555

» Moyen de prévenir l'érysipèle phlegmoneux. 566
MOULINIÉ. Opération de l'anévrismes pratiquée à l'artère fémorale. 557
Notes sur les divers médicamens employés en Suisse pour combattre les ténias. (a)
ROSTAN. Péricardite avec épanchement séro-sanguinolent ; mort ; nécropsie, 558
GUERSENT et BAUDELOCQUE. Pleuro-pneumonie ; intermittence des symptômes généraux ; varioloïde intermittente ; guérison par les émissions sanguines. 559
HERICÉ-LEGROS. Observation d'hydrocéphale aiguë. 560
GOYRAND. Rétraction permanente des doigts. 561
BALLY et PIORRY. Entérite typhoïde ; pneumonie double ; angine couenneuse ; mort ; nécroscopie. 563
SANSON. Leçons sur les plaies d'armes à feu. 565
BERMOND. De l'huile empyrematique du bois comme agent thérapeutique. 566
GUERSENT. Accès épileptiformes ; rougeole et pneumonie intercurrentes ; émissions sanguines et révulsifs; guérison de cette triple affection. 567
MIQUEL (d'Amboise). Des moyens de prévenir la scarlatine. 568
DUPUYTREN. Examen des malades les plus importans de la salle Sainet-Agnès. 571

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

CASPER (le professeur). De la durée probable de la vie des médecins. 269
VILLEMÉ. Note sur les ravages du choléra dans les maisons garnies de Paris, en 1832. 271
BOUCHARDAT. Expériences sur la panification de la fécule de la pomme terre. 277
HOUZELOT. Suicide par suspension. 278

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

PIGEAUX. De la diète, ou du régime alimentaire dans le traitement des maladies du cœur. 357
De l'écorce de cahinça et de son usage thérapeutique, principalement dans les hydropisies. 359
Du traitement des excroissances syphilitiques intra-vaginales chez les femmes enceintes. 361
ROGNETTA. Du traitement des fractures compliquées par les arrosions continues d'eau froide. 362
ROGNETTA. Nouveau moyen très-efficace pour faire avorter le panaris. 364
POLYDORE BOULLAY. Considérations sur le danger des modifications successivement introduites dans les formules. 365
Des propriétés du chromate de potasse et de son usage pour la confection des moxas. 366
MARTIN SOLON. Note sur l'usage médical de la mannite. 367
DE SOLIER. — Hydropisie ascite guérie par l'extrait de la racine de cahinça. ib.
Du traitement de l'entorse par la compression et l'appareil des fractures. 368
POLIDORE BOULLAY. — Considérations sur le danger des modifications successivement introduites dans les formules. 369
PAYEN. Note sur la mannite extraite du céleri-rave. 370
BULLETIN DES HÔPITAUX. Blessés des 13 et 14 avril. 371
De l'épilepsie satunine et de l'hypertrophie du cerveau ib.

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

BLANCHET et SCELL. De la composition de quelques substances organiques. — Huiles de térébenthine. — Huiles de templin. — Camphre de térébenthine. — Colophone. — Combinaisons de l'huile de térébenthine avec l'acide hydro-chlorique. — Huile de citron. — Du citronyl. 199
NOUVELLES DES SCIENCES. Iode ; procédé pour découvrir sa présence, 204
MAHOUT. Sang des dauphins ; fait relatif à sa nature. 205
PELOUSE. Sur le tannin de la noix de galle. Sur la saponine. ib.
LÉON OBERLIN et A. BUCHNER. Essai d'une histoire chimique de la tourbe. 206
Société de Pharmacie de Paris. Bulletin de la séance du 5 mars 1834. 207
—Des chlorures d'oxides et du chlore dans les affections typhoïdes, travail de M. le docteur Réveillé Parise. (a)
— Sur l'eau distillée de laurier-cerise. (a)
— Sur l'emplâtre de ciguë. (a)
— De la paralysie saturnine, traitement par la strychnine. (a)

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

LASSAIGNE. Recherches chimiques tendantes à prouver les rapports qui existent entre les sels calcaires contenus dans les différens systèmes organiques du poulet au moment de sa sortie de l'œuf et les mêmes sels renfermés dans l'œuf avant l'incubation. 130
PAYEN. Essais relatifs à l'action du tannin et de plusieurs

autres agens sur les racines des plantes. 131
FREMY. Sur un acide retiré de la sapanine et nommé *Esculique*. 132
BOUTIGNY. Un incendie peut-il être allumé avec une pipe ? réponse à cette question. 133
D'ARCET. Sur la combustion du fer par la seule action de l'air. *ib.*
BARBIER d'Amiens. De l'action thérapeutique de la codéïne. 134
SLIGHT. Empoisonnement par l'huile de goudron.
CHEVALLIER. Empoisonnement par les champignons. *ib.*
BEAUMONT. Expériences et observations sur le suc gastrique et la physiologie de la digestion. 135
Note sur la codéine ; par M. W. Grégory. *ib.*
Note sur la mannite extraite du céleri-rave ; par M. Payen. (*a*)

O. BIBLIOGRAPHIE.

CRUVEILHIER. Traité d'anatomie descriptive; analysé par M. Alph. Robert. 257
V. DUVAL. Aperçu sur les principales difformités du corps humain ; analysé par Ch. Londe. 258
BROUSSAIS. Examen des doctrines médicales (4e volume); analysé par H. Gouraud. 259
GOSSE. Rapport sur l'épidémie de choléra en Prusse, en Russie et en Pologne. 263
AMUSSAT. Table synoptique de la lithotripsie et de la cystolomie postéro-pubienne. 264

P. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. — Choléra, 265.—Pustule maligne, *ib.* — Vaccine, *ib.* — Fœtus monstrueux, 266. — Hypertrophie du crâne, *ib.* — Sirop d'écorce de racine de grenadier contre le ténia, *ib.* — Cachexie aqueuse de l'homme et du mouton, *ib.* — Bubons, *ib.* — Typhus du bagne de Toulon en 1830 et 1833, *ib.* — Lithotritie, 267. — Orthopédie, *ib.* — Spéculum de M. Ricord, *ib.* — Revaccinations, *ib.* — Injection de matière cérébrale délayée dans de l'eau distillée dans la veine jugulaire des chevaux, 268. — Diathèse cancéreuse, *ib.* — Codéine, *ib.* — Prix de l'Académie, 269. Hypérostose, *ib.* — Remèdes secrets, *ib.* — Magnétisme, *ib.* — Épidémies, *ib.* — Bandages herniaires, *ib.* — Abcès symptômatiques des caries du rachis, 270. —Thermopode, pédiluves, *ib.*— Clore dans la phthisie pulmonaire, *ib* — Seigle ergoté, *ib.* — Pois à cautères, *ib.* — Vaccinations secondaires, 271.
ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.—Mécanisme des bruits du cœur, 271.
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—Créosote, 272.—Oxide blanc d'antimoine, 273. — Choléra, *ib.* — Hydropisie par obstruction veineuse, *ib.* — Cancer des os. 274.

TABLE DES MATIÈRES DU BULLETIN MÉDICAL BELGE.

Sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge : par le Dr. Marinus. 45
Du refroidissement des extrémités dans les maladies graves et des indications qui en dérivent; par le docteur J. Sigart. 60
Hypertrophie considérable du foie et de la rate, avec refoulement du diaphragme et déviation du cœur; observation recueillie par le Dr. Fallot. 62
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes ; par Mme Boivin et A. Dugès (1er volume). 64
VARIÉTÉS. — Introduction accidentelle d'une chauve-souris vivante dans l'estomac. 65
Révision de la loi sur l'art de guérir. *ib.*
Prix proposés par les sociétés de médecine de Bruxelles, de Caen, et du département de la Moselle. 66
Nouvelles des sciences. Institut historique de France fondé à Paris. 68